

中央社会保険医療協議会 総会（第 423 回） 議事次第

令和元年9月18日(水) 10:00～
於 厚生労働省講堂（低層棟2階）

議 題

○個別事項（その1）について

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:令和元年9月18日(水)10:00～
会場:中央合同庁舎第5号館 講堂(低層棟2階)

速記

中医協関係者

		秋山	中村	関	荒井	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官		
松本											吉森	
今村											幸野	
城守											平川	
猪口											間宮	
島											宮近	
林											松浦	
有澤											染谷	
									田村	横地	吉川	

中医協関係者

医療指導監査室長	歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官	医政局経済課長	
----------	---------	------------	------------	------	-------	------	------------	------	----------	---------	--

厚生労働省

厚生労働省

関係者席

関係者席

関係者席・日比谷クラブ

日比谷クラブ

一般傍聴席

一般傍聴席・厚生労働記者会

個別事項（その１）

（リハビリテーション、医薬品の効率的かつ有効・安全な使用）

個別事項（その１）

1. リハビリテーション

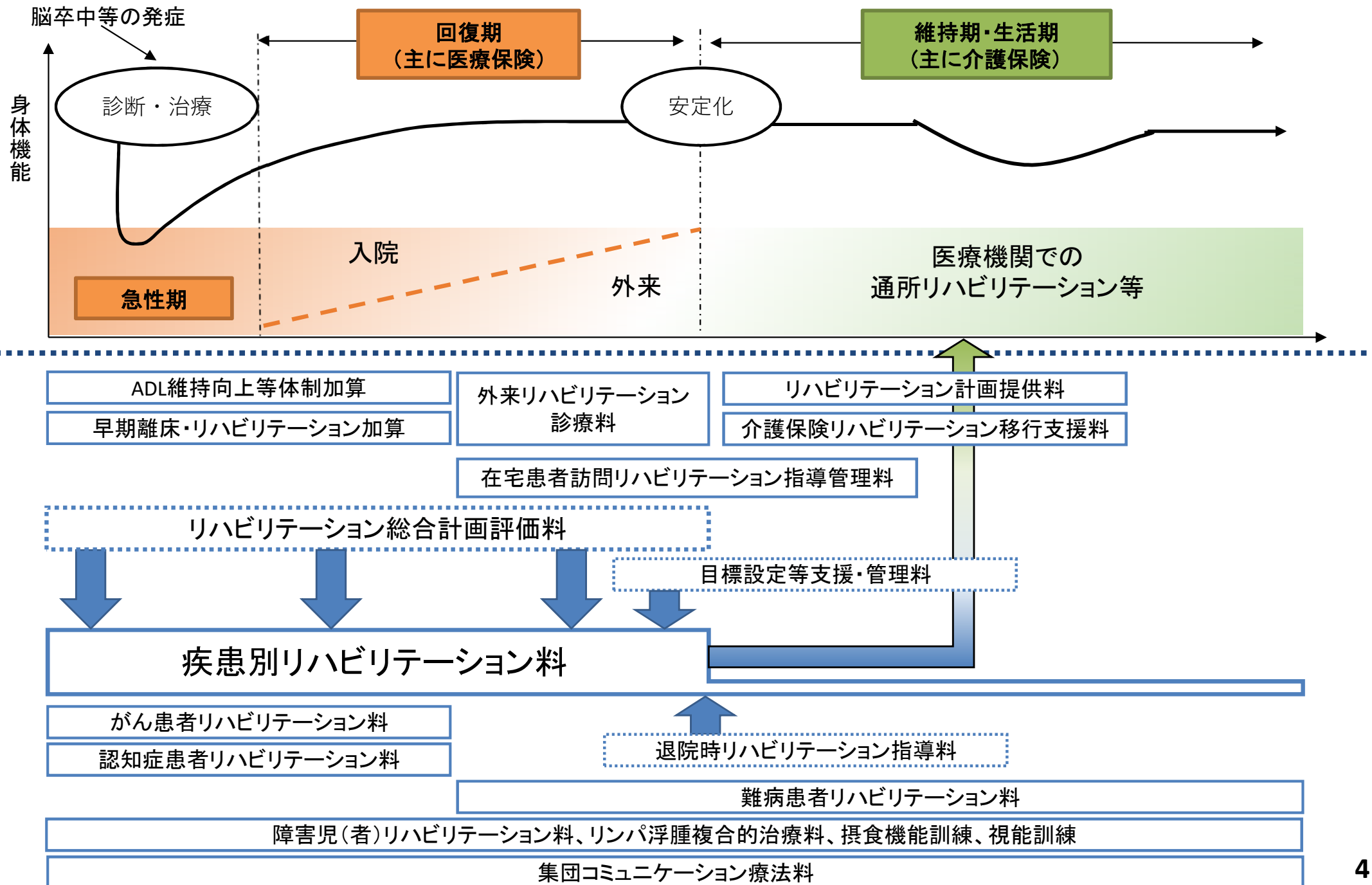
- （１）リハビリテーションに係る診療報酬（概要）
- （２）直近の算定状況等
- （３）リハビリテーション領域における課題及び取組等

2. 医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について （その２）

- （１）重複投薬
- （２）入院時の多剤処方（退院時の連携）
- （３）バイオ後続品

- (1) リハビリテーションに係る診療報酬 (概要)
- (2) 直近の算定状況等
- (3) リハビリテーション領域における課題及び取組等

リハビリテーションに係る診療報酬の現状整理(平成30年度診療報酬改定後)



疾患別リハビリテーション料の概要

○ H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患(抜粋)
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) 205点 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) 125点	1単位 20分	150日	○ 急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下 等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点	1単位 20分	180日	○ 脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害 等
廃用症候群 リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ) 180点 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) 146点 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) 77点	1単位 20分	120日	○ 急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185点 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 170点 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点	1単位 20分	150日	○ 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍 等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) 85点	1単位 20分	90日	○ 肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態 等

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名		医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)		器械・ 器具具備
心大血管疾患 リハビリテーション料	(Ⅰ)	循環器科又は心臓血管 外科の医師が実施時間 帯に常時勤務 専任常勤1名以上	—	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	—	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上		要
	(Ⅱ)	実施時間帯に上記の医 師及び経験を有する医 師(いずれも非常勤を含 む)1名以上勤務	—	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上					
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	(言語聴覚療法 を行う場合) 専従常勤ST 1名以上※4	160m ² 以上※4	(言語聴覚療法 を行う場合) 専用品(8m ² 以 上)1室以上	要
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上		病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
	(Ⅲ)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT、常勤STのいずれか1名以上				病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料		(Ⅰ) ～ (Ⅲ)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上			—	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		要
	(Ⅱ)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専 従常勤OT合わせて2名以上						
	(Ⅲ)		専従常勤PTまたは専従常勤OT1名以上				45m ² 以上		
呼吸器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT又は常勤OT合わせて2名以上			—	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		要
	(Ⅱ)		専従常勤PTまたは専従常勤OT1名以上				45m ² 以上		

※1 常勤医師は、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医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤ST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(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

- (1) リハビリテーションに係る診療報酬 (概要)
- (2) 直近の算定状況等
- (3) リハビリテーション領域における課題及び取組等

質の高いリハビリテーションの評価等①

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し

➤ 心大血管疾患リハビリテーションの普及を図るため、施設基準を緩和する。

現行

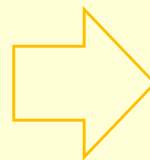
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
(1単位)105点

[算定対象]

急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等

[施設基準]

- ・循環器科又は心臓血管外科を標榜
- ・循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する常勤医師が1名以上勤務



改定後

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
(1単位)125点(改)

[算定対象]

急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等
(急性心筋梗塞と心大血管疾患は発症等から1か月以降のもののみ)

[施設基準]

(削除)

- ・心大血管リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師(非常勤を含む。)及び心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務

質の高いリハビリテーションの評価等②

生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

- 社会復帰等を指向したリハビリテーションの実施を促すため、IADL(手段的日常生活活動)や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを1日3単位まで疾患別リハビリテーションの対象に含めることとする。

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練であること。
 - (2) 各疾患別リハビリテーションの(I)を算定するものであること。
 - (3) 以下の訓練のいずれかであること。
 - ① 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
 - ② 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。
 - ③ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練(訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。)の訓練を行うもの。
 - (4) 専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担(公共交通機関の運賃を除く。)が発生しないものであること。
- ※訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。
- ※実施にあたっては、訓練を行う場所への往復を含め、常時従事者が付添い必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮していること。

運動器リハビリテーション料の評価の充実

- 施設基準において求められる人員要件等を総合的に考慮し、運動器リハビリテーション料(I)の評価を充実させる。

現行

運動器リハビリテーション料(I)
(1単位)180点



改定後

運動器リハビリテーション料(I)
(1単位)185点(改)

質の高いリハビリテーションの評価等③

廃用症候群リハビリテーション料の新設

➤ 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)	(1単位) 180点
2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)	(1単位) 146点
3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)	(1単位) 77点

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

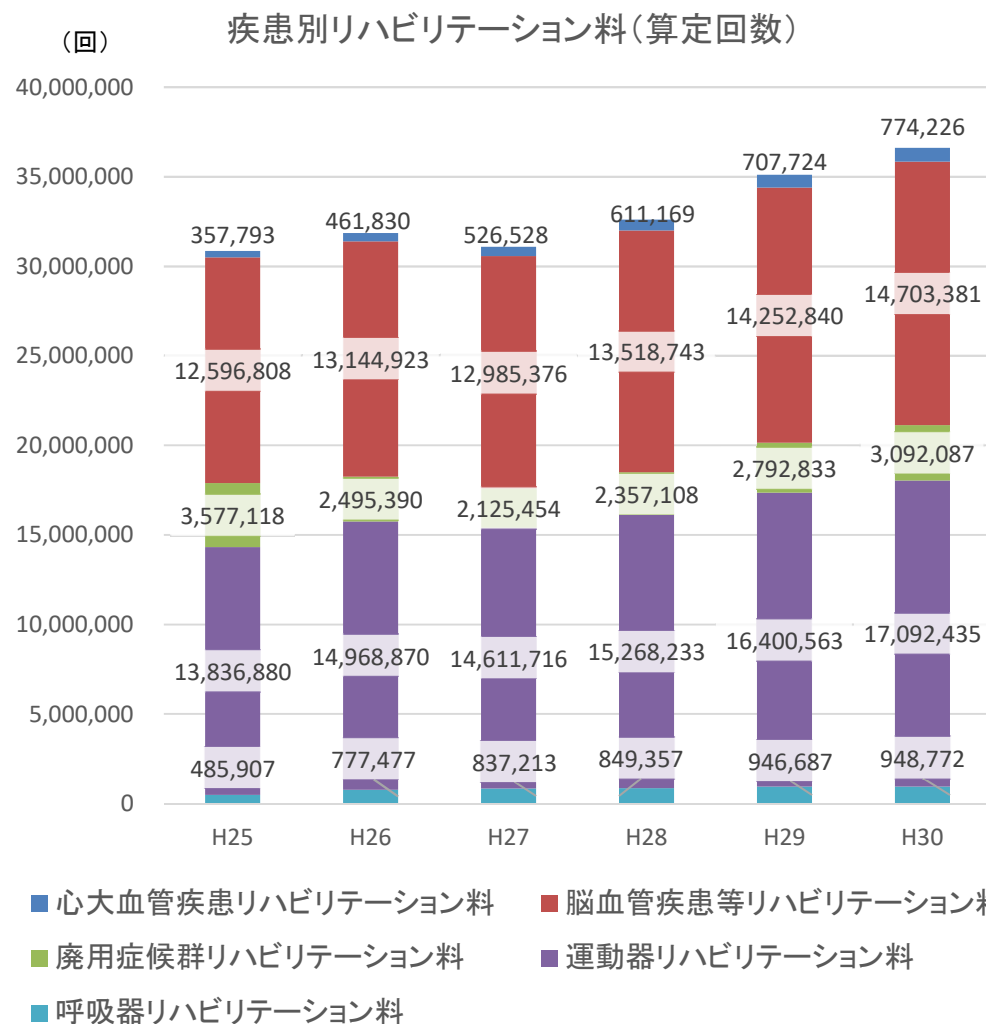
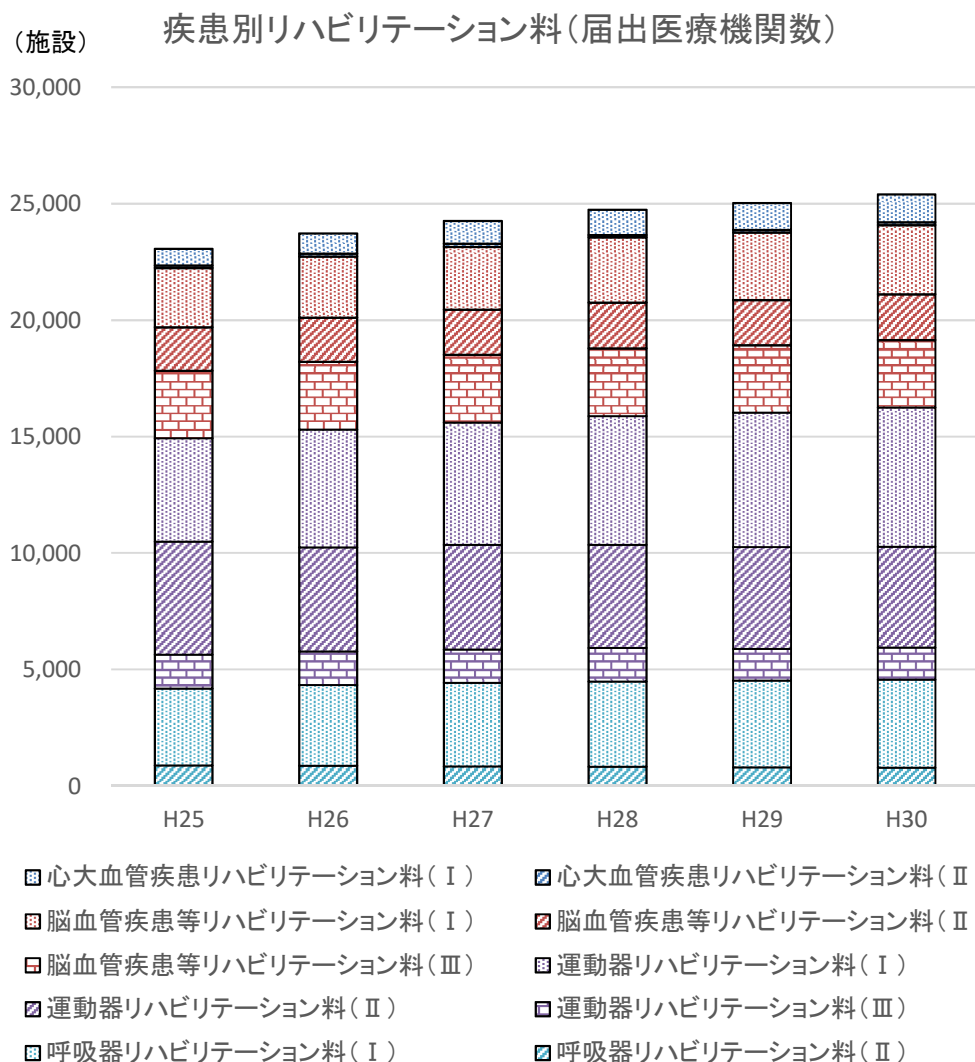
- ・対象を「急性疾患等(治療の有無を問わない。)に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」とする。
- ・標準的算定日数は120日とする。

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

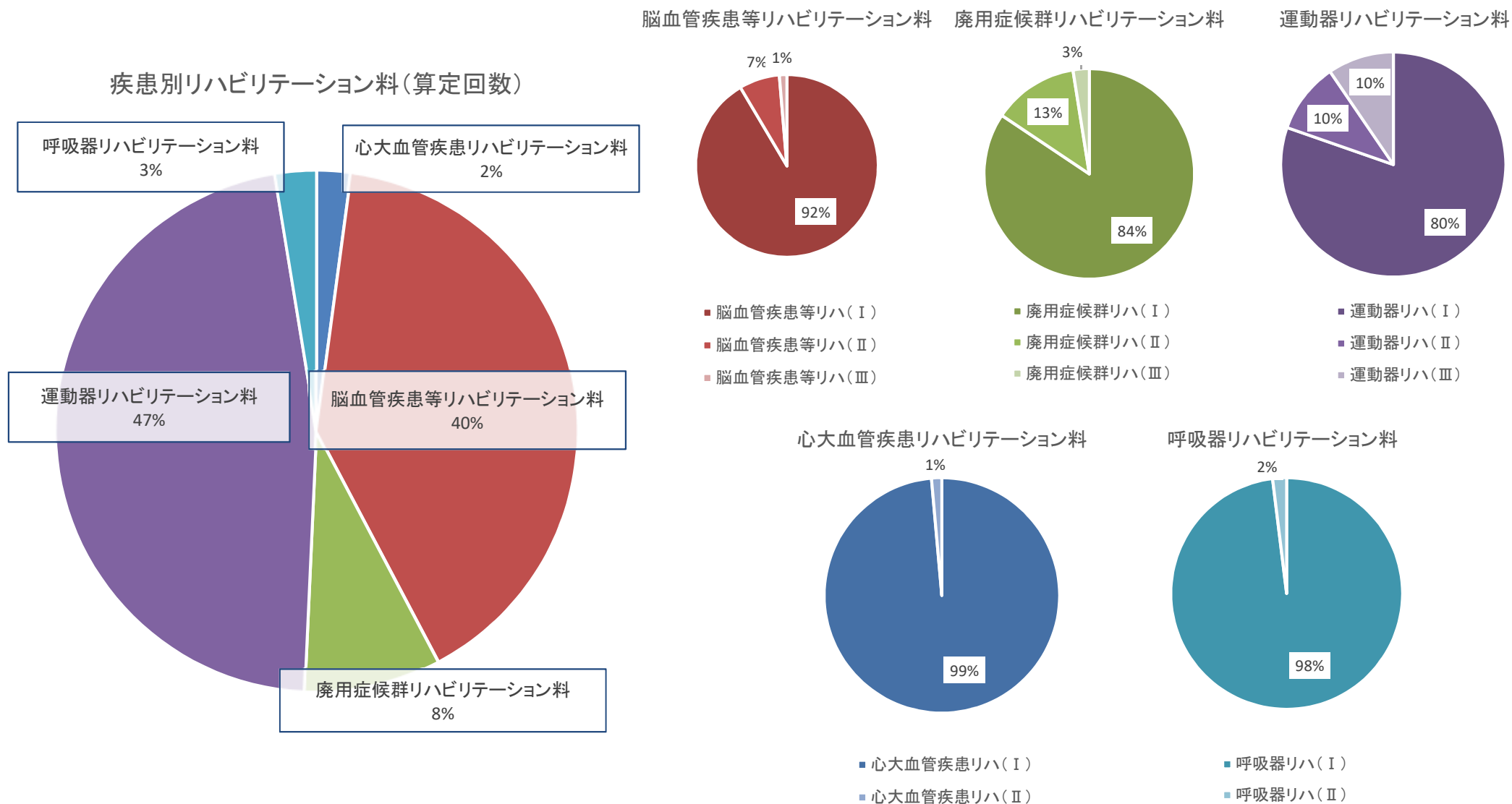
疾患別リハビリテーション料の概要（経年変化）

○ 疾患別リハビリテーション料の届出医療機関数及び算定回数は、経年的に増加傾向。



疾患別リハビリテーション料(算定回数の内訳)

○ 疾患別リハビリテーション料の算定回数については、脳血管疾患等リハビリテーション料が40%、運動器リハビリテーション料が47%を占めている。



心大血管疾患リハビリテーション料の概要

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)	205点
2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)	125点

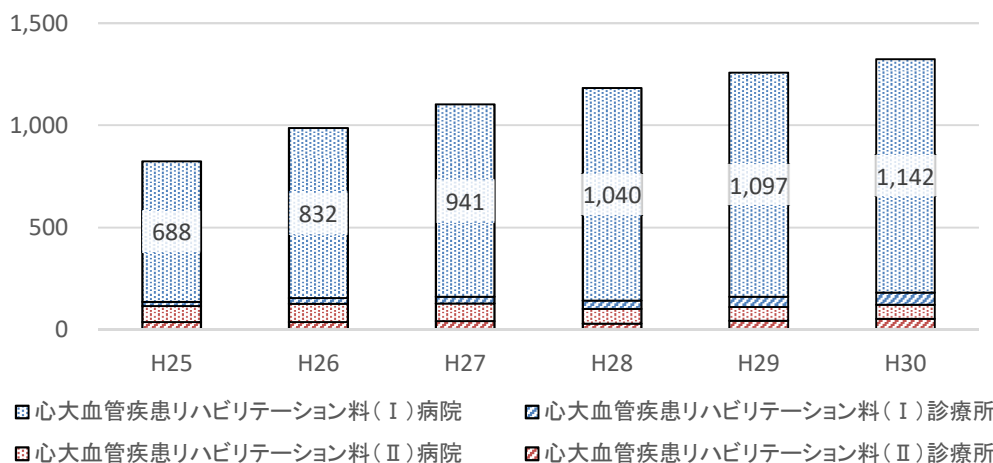
【対象患者（概要）】

- 「特掲診療料の施設基準等」の「別表第9の4」に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するもの。
 - ア 急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者
 - イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

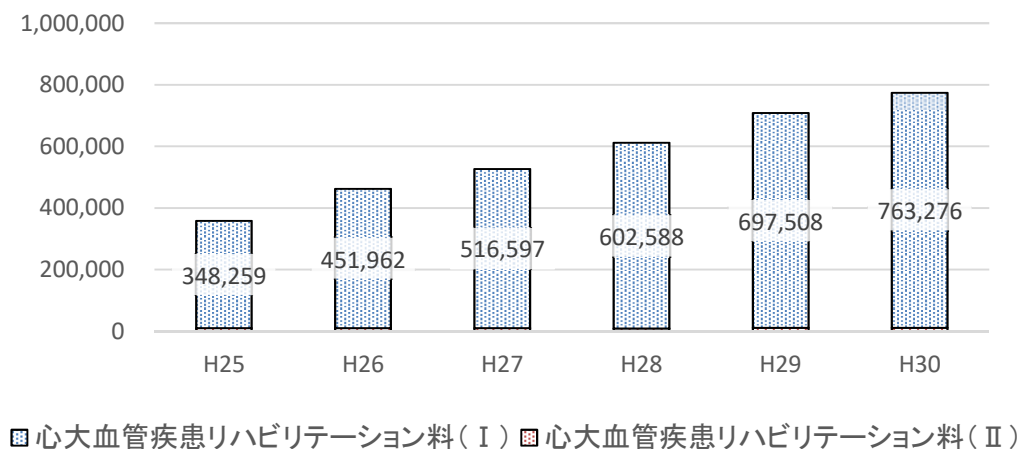
【算定要件（抜粋）】

- 心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。
- 標準的算定日数：治療開始から150日。
- 心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、1日1時間（3単位）程度（入院中の患者以外の患者については、1日当たり1時間（3単位）以上、1週3時間（9単位）を標準とする。

(施設) 心大血管疾患リハビリテーション料(届出医療機関数)



(回) 心大血管疾患リハビリテーション料(算定回数)



脳血管疾患等リハビリテーション料の概要

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)	245点
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)	200点
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)	100点

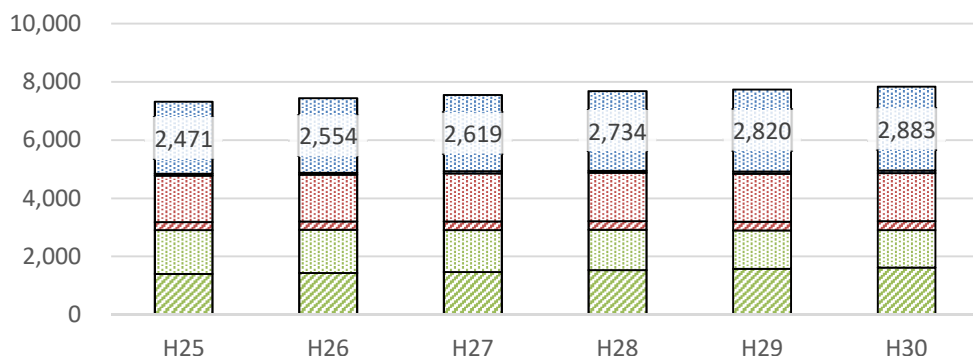
【対象患者（概要）】

- 「特掲診療料の施設基準等」の「別表第9の5」に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するもの。
 - ア 急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者
 - イ 急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者
 - ウ 神経疾患の患者
 - エ 慢性の神経筋疾患の患者
 - オ 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者
 - カ 難聴や人工内耳植入手術等に伴う聴覚・言語障害を有する患者
 - キ 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者
 - ク 舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者
 - ケ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの

【算定要件（抜粋）】

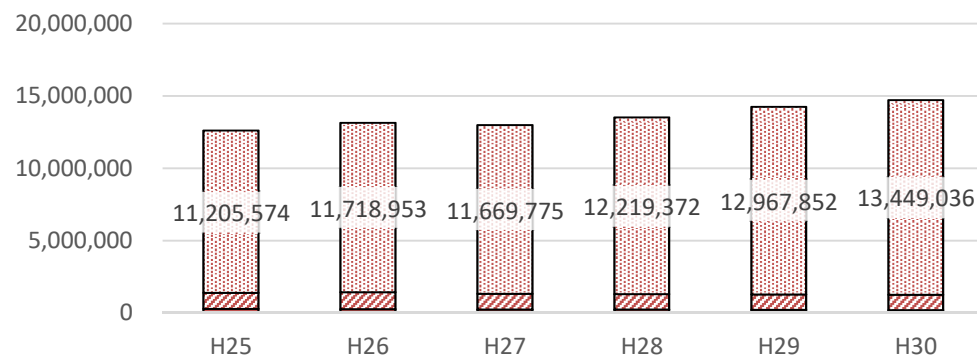
- 基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。
- 標準的算定日数：治療開始から180日。

(施設) 脳血管疾患等リハビリテーション料(届出医療機関数)



■ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)病院
 ■ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)病院
 ■ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)病院
 ■ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)診療所
 ■ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)診療所
 ■ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)診療所

(回) 脳血管疾患等リハビリテーション料(算定回数)



■ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
 ■ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)
 ■ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

廃用症候群リハビリテーション料の概要

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)	180点
2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)	146点
3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)	77点

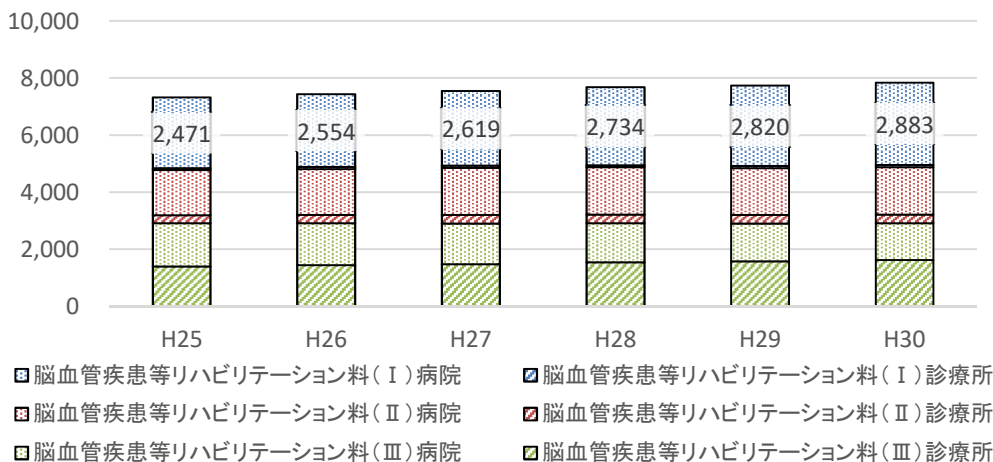
【対象患者（概要）】

- 急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない。）による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの。

【算定要件（抜粋）】

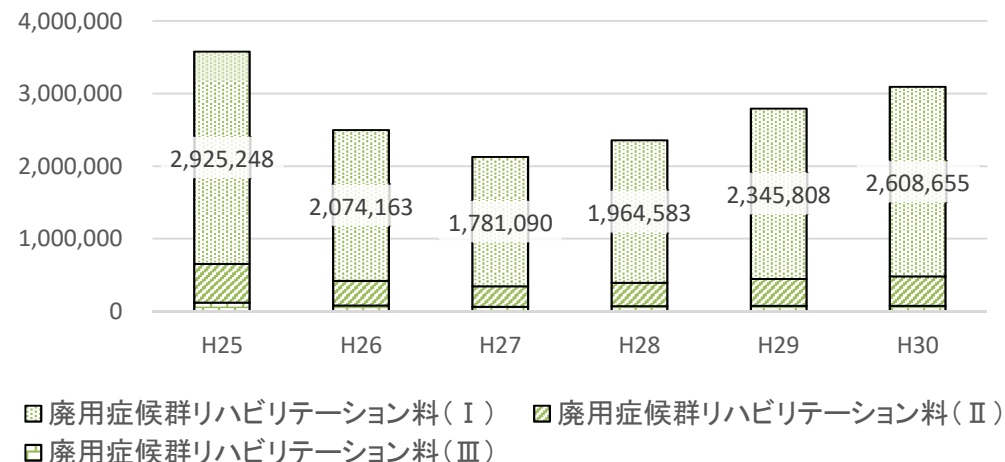
- 基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせることで個々の症例に応じて行った場合に算定する。
- 標準的算定日数：治療開始から120日。

(施設) 脳血管疾患等リハビリテーション料(届出医療機関数) 再掲※1



※1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)及び(Ⅲ)に係る届出は、それぞれ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)及び(Ⅲ)の届出を行っていただくと、別途届出を行う必要はない。

(回) 廃用症候群リハビリテーション料(算定回数※2)



※2 平成27年まで：脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)のうち、廃用症候群に対するリハビリテーションの算定回数

運動器リハビリテーション料の概要

H002 運動器リハビリテーション料

1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)	185点
2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)	170点
3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位)	85点

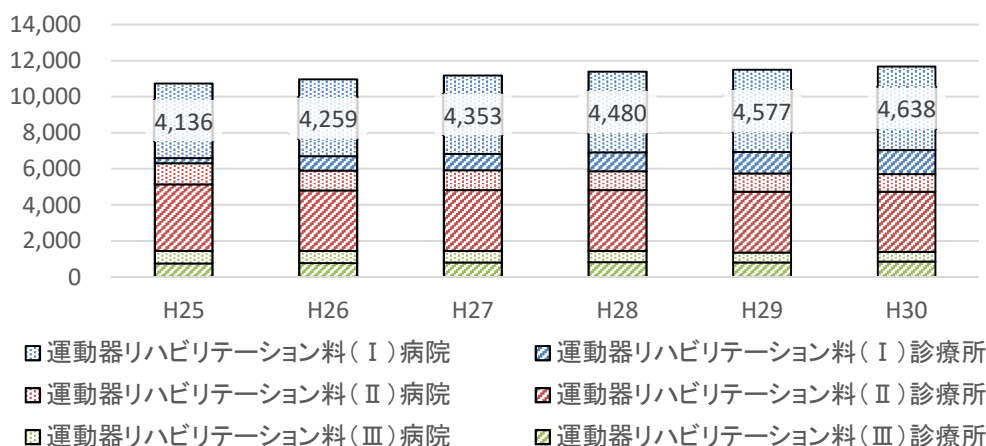
【対象患者（概要）】

- 「特掲診療料の施設基準等」の「別表第9の6」に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するもの。
 - ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者
 - イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

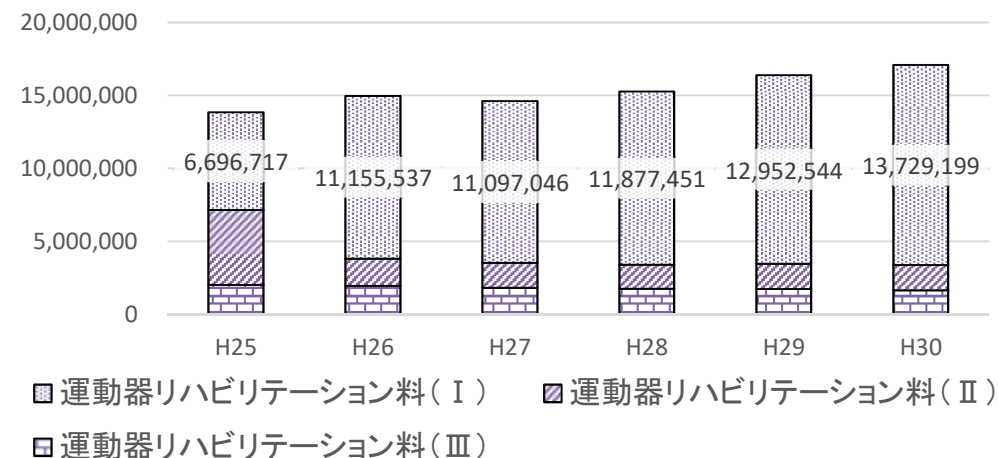
【算定要件（抜粋）】

- 基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせることで個々の症例に応じて行った場合に算定する。
- 標準的算定日数：治療開始から150日。

(施設) 運動器リハビリテーション料(届出医療機関数)



(回) 運動器リハビリテーション料(算定回数)



呼吸器リハビリテーション料の概要

H003 呼吸器リハビリテーション料

1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 175点

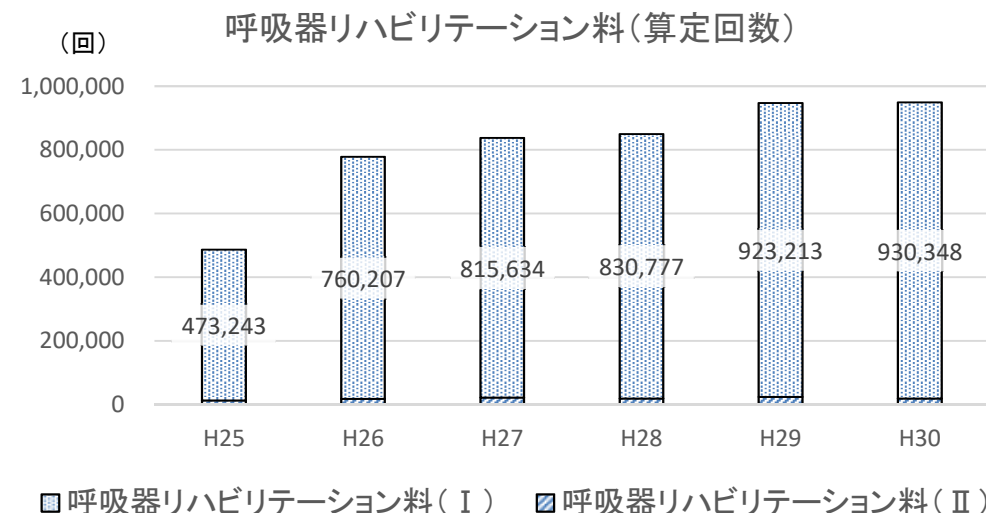
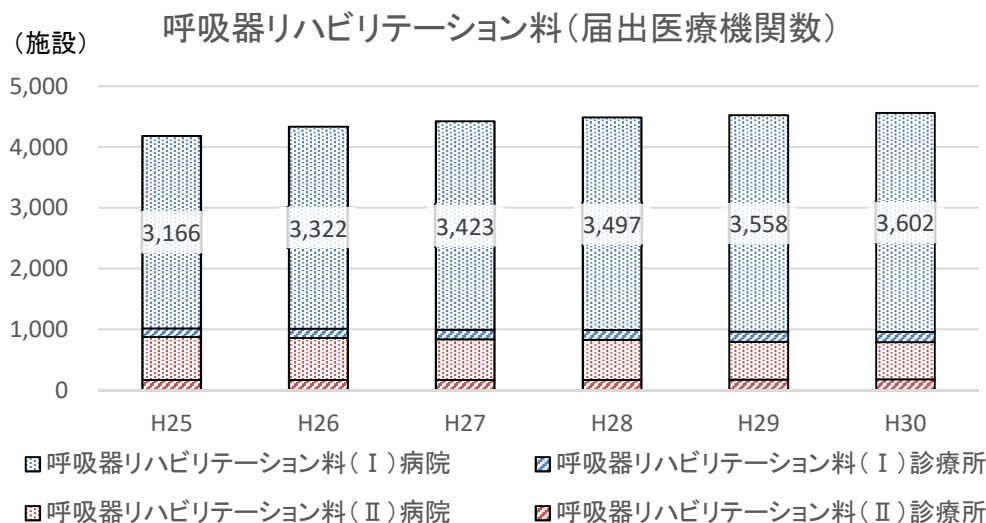
2 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 85点

【対象患者（概要）】

- 「特掲診療料の施設基準等」の「別表第9の7」に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するもの。
 - ア 急性発症した呼吸器疾患の患者
 - イ 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者
 - ウ 慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者

【算定要件（抜粋）】

- 呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定する。
- 標準的算定日数：治療開始から90日。



リハビリテーション総合計画評価料の概要

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1 リハビリテーション総合計画評価料1 300点

2 リハビリテーション総合計画評価料2 240点

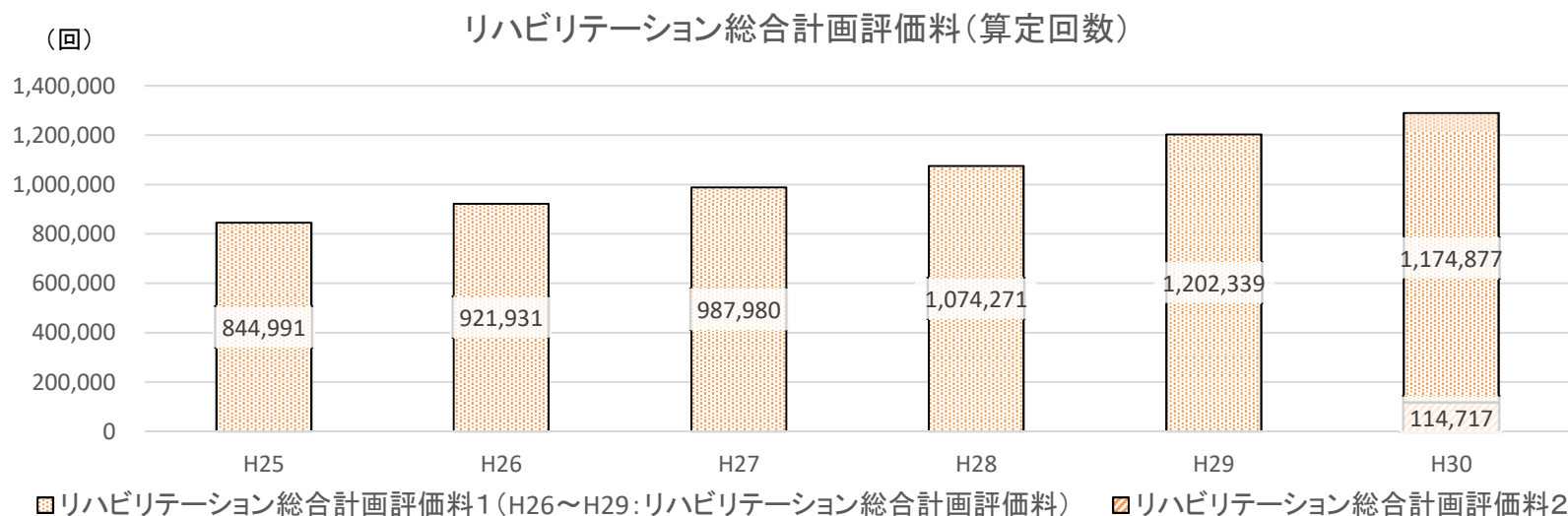
定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。

【対象患者（概要）】

- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施する患者。

【算定要件（抜粋）】

- 医師及びその他の従事者が、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。



退院時リハビリテーション指導料の概要

B006-3 退院時リハビリテーション指導料

300点

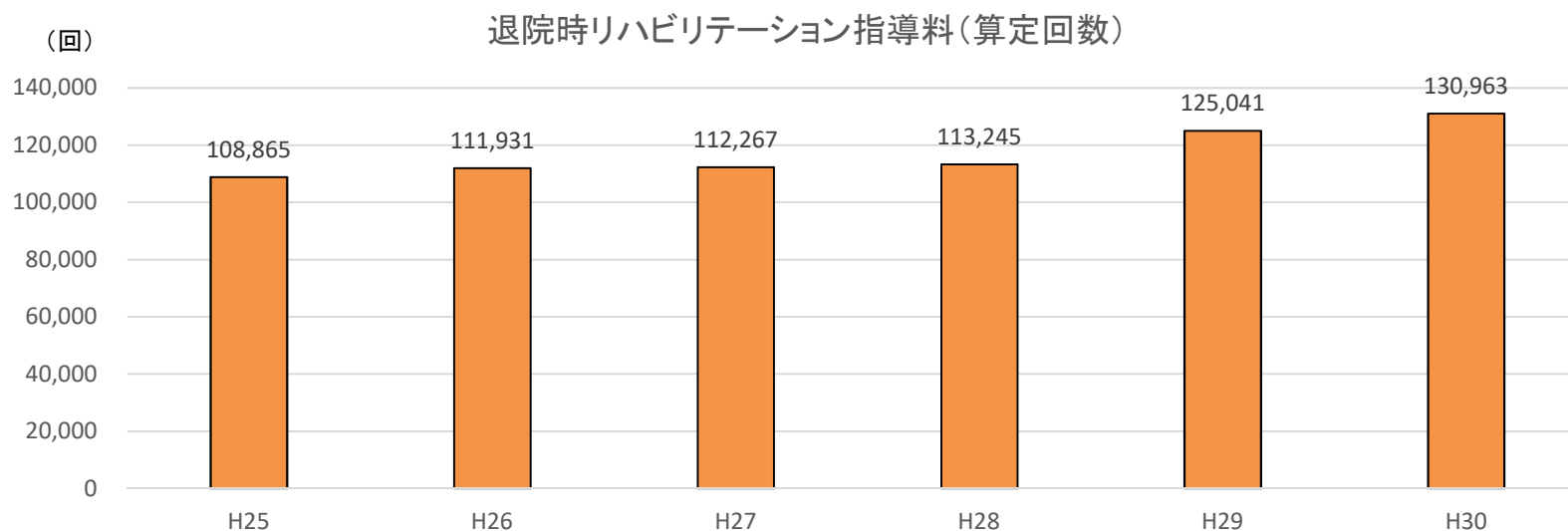
患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

【対象患者（概要）】

- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施した患者。

【算定要件（抜粋）】

- 入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
- 退院日に1回に限り算定。



リハビリテーション計画提供料の概要

H003-3 リハビリテーション計画提供料

1 リハビリテーション計画提供料1 275点

2 リハビリテーション計画提供料2 100点

リハビリテーション計画提供料1は、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、指定リハビリテーション事業所にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に算定する。

リハビリテーション計画提供料2は、退院時にA246入退院支援加算「注4」の地域連携診療計画加算を算定した者について、当該患者の同意を得た上で、退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供した場合に算定する。

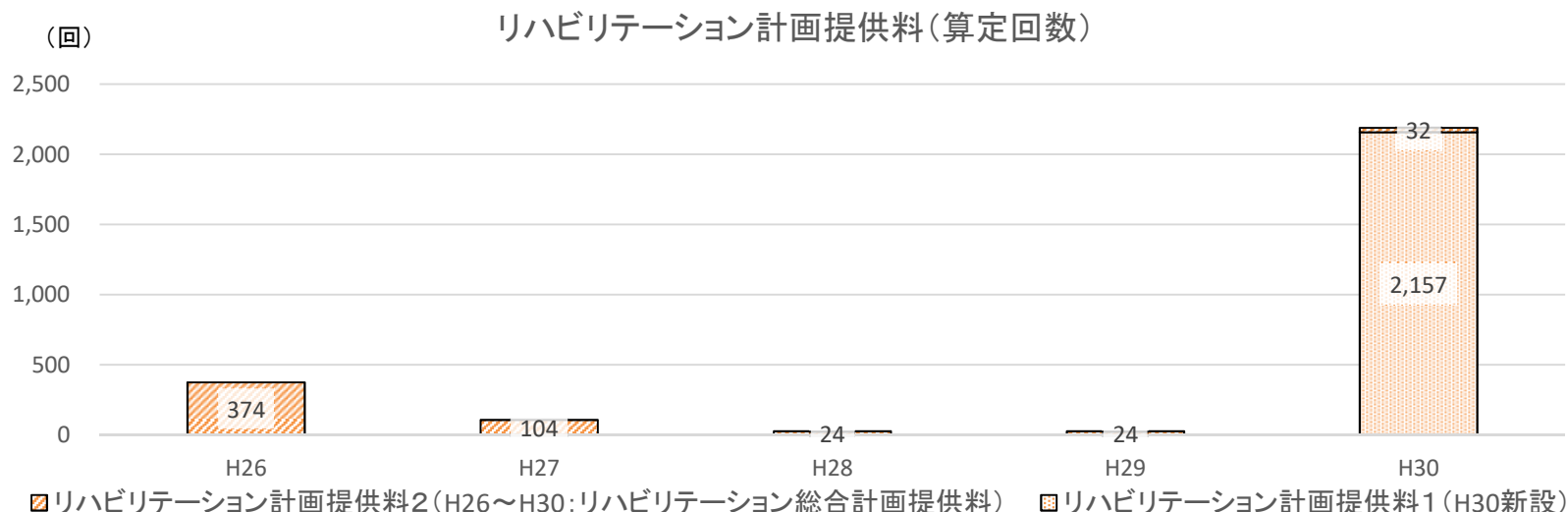
【対象患者（概要）】

- 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している患者のうち
 - 1 介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているもの
 - 2 A246入退院支援加算「注4」の地域連携診療計画加算を算定した者

【算定要件（抜粋）】

- リハビリテーション計画提供料1：当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を文書により提供した場合に算定する。
- リハビリテーション計画提供料2：当該患者の同意を得た上で、退院後の外来リハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション計画を文書により提供した場合に算定※する。

※ 他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できない。



目標設定等支援・管理料の概要

H003-4 目標設定等支援・管理料

1 初回の場合 250点

2 2回目以降の場合 100点

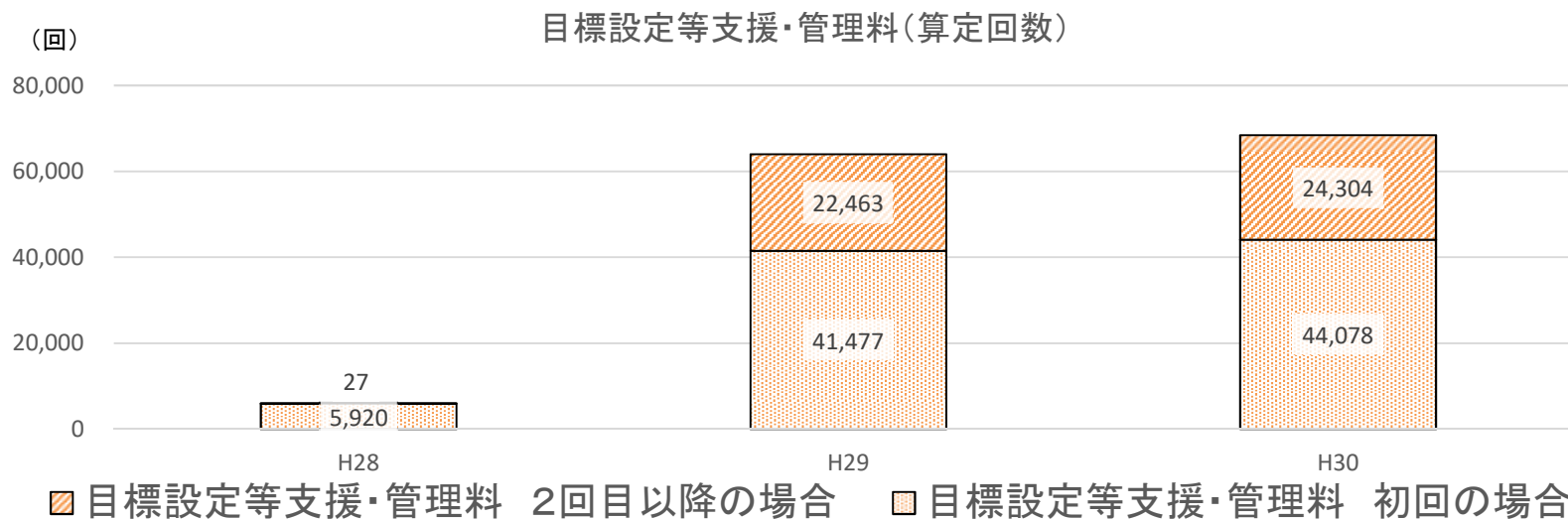
H001、H001-2又はH002を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

【対象患者（概要）】

- 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等。

【算定要件（抜粋）】

- 要介護被保険者等に対するリハビリテーションの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が患者と共同して、個々の患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理した場合に算定する。



質の高いリハビリテーションの評価等⑤

リンパ浮腫の複合的治療等

➤リンパ浮腫に対する治療を充実するため、リンパ浮腫に対する複合的治療について項目を新設し、またリンパ浮腫指導管理料の実施職種に作業療法士を追加する。

(新) リンパ浮腫複合的治療料

1 重症の場合 (1日につき) 200点

2 1以外の場合 (1日につき) 100点

[算定要件]

対象	乳がん等に続発したリンパ浮腫で、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降の患者。Ⅱ後期以降を重症とする。
回数	重症の場合は治療を開始した月とその翌月は2月合わせて11回、治療を開始した月の翌々月からは月1回。 重症以外の場合は、6月に1回。
実施職種	専任の医師が直接行うもの、又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士又は作業療法士が行うものについて算定。あん摩マッサージ指圧師(当該保険医療機関に勤務する者で、資格を取得後、2年以上業務に従事(うち6月以上は保険医療機関において従事)し、適切な研修を修了した者に限る。)が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定。
内容	弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、手動的リンパドレナージ、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、重症については1回40分以上、それ以外の場合は1回20分以上行った場合に算定。一連の治療において、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行う。また、重症の場合は、毎回の治療において弾性着衣又は弾性包帯による圧迫を行う。

[施設基準]

- 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名が勤務
 - それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。
 - 直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上経験していること。
 - リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修(医師については座学33時間、医師以外の職種については加えて実技67時間)を修了していること。
- 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。
- 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができる。

質の高いリハビリテーションの評価等⑥

摂食機能療法の対象の明確化等

- 摂食機能に対するリハビリテーションを推進する観点から、摂食機能療法の対象となる患者の範囲を拡大し、経口摂取回復促進加算の要件を緩和する。

現行

摂食機能療法の算定対象

発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの



改定後

摂食機能療法の算定対象

発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの 及び他に内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できる患者であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

摂食機能療法

(新) 2 経口摂取回復促進加算2 20点

[施設基準]

- ・ 専従の常勤言語聴覚士1名 (前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満の場合は疾患別リハビリテーション等と兼任可能)
- ・ 4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者の3割以上 について、3月以内に経口摂取のみの状態へ回復 等

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

- リハビリテーションの施設基準における専従規定を見直し、各項目の普及を促進する。

1. リハビリテーションの各項目の施設基準のうち、専従の常勤言語聴覚士を求めるものについて、相互に兼任可能とする。(ただし、摂食機能療法経口摂取回復促進加算については、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限る。)
2. 難病患者リハビリテーション料において求められる「専従する2名以上の従事者」について、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行わないと決めている曜日等において、他のリハビリテーション等の専従者と兼任できることとする。また、当該リハビリテーションを実施していない時間帯は、別の業務に従事できることとする。

特定集中治療室管理料等の見直し①

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

(新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。
 - 1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
 - 2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が、チームと連携し、当該患者がICUに入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
 - 3) チームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
 - 1) 集中治療の経験を5年以上有する専任の医師
 - 2) 集中治療に関する経験5年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - 3) 特定集中治療室等を届け出ている病院において5年以上の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

専門性の高い看護師の配置の要件化

➤ 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に、専門性の高い看護師の配置の要件を設ける。

[特定集中治療室1、2の施設基準]

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

[経過措置]

平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、

- ① 平成31年3月31日までの間に限り、当該規定を満たしているものとする。
- ② 平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該規定を満たしているものとする。

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

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の概要

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(1単位)

1 同一建物居住者以外の場合 300点

2 同一建物居住者の場合 255点

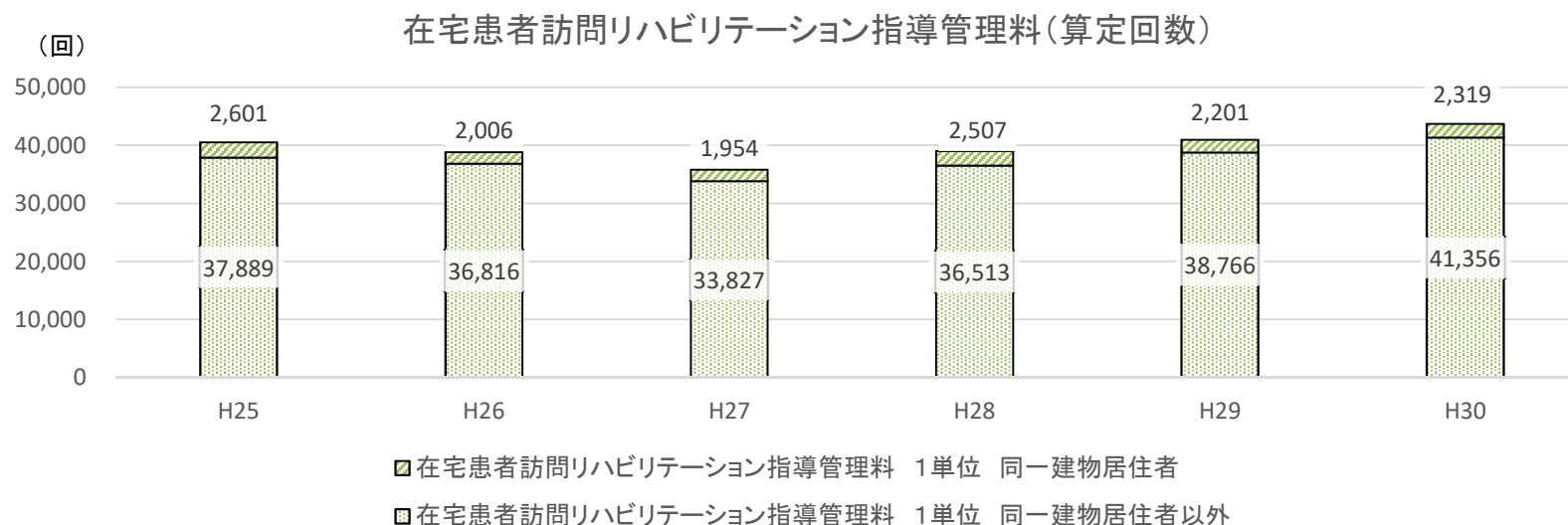
通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に算定する。

【対象患者（概要）】

- 1については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なもの。
- 2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なもの。

【算定要件（抜粋）】

- 患者1人につき、1と2を併せて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあつては、週12単位）に限り算定する。
- 患者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認めた場合には、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として、1と2を併せて1日4単位に限り算定する。



摂食機能療法の概要

H004 摂食機能療法

1 30分以上の場合 185点

2 30分未満の場合※ 130点

摂食機能療法1は、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

摂食機能療法2は、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。

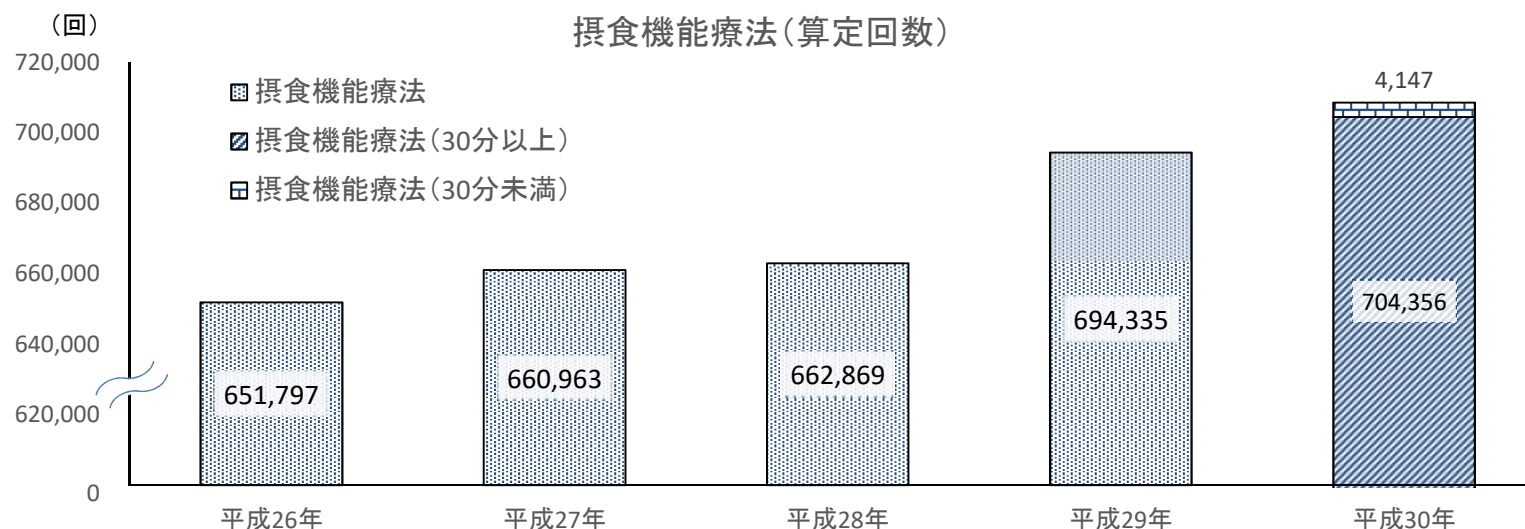
【対象患者（概要）】

- 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの。
- 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの。

【算定要件（抜粋）】

※ 平成30年度に新設

- 摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行う。



経口摂取回復促進加算の概要

H004 摂食機能療法

注3 イ 経口摂取回復促進加算1 185点

ロ 経口摂取回復促進加算2※ 20点

鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を増設している患者に対して実施した場合に、治療開始日から起算して6月を限度として、摂食機能療法の点数に加算する。

【施設基準】

- 専従の常勤言語聴覚士が1名以上

(経口摂取回復促進加算1)

- 経口摂取回復率35%以上

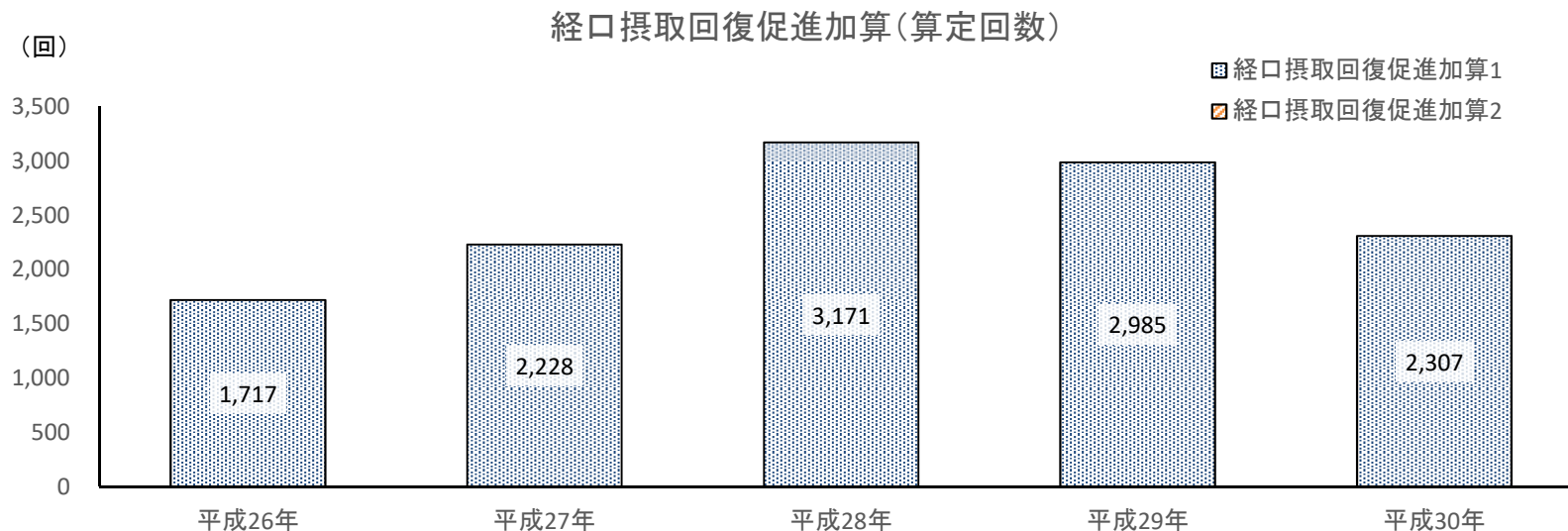
(経口摂取回復促進加算2)

- 4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者の3割以上について、3月以内に経口摂取のみの状態へ回復等

【算定要件】

※ 平成28年度に新設

- 鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対して実施した場合に加算する。
- 月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査を実施
- 月に1回以上、医師、リハビリテーションを行う言語聴覚士等を含む多職種によるカンファレンス等を行い、計画の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施
- 治療開始日から起算して6月以内に限り加算
- 当該加算を算定する月においては、内視鏡下嚥下機能検査・嚥下造影は算定できない（胃瘻造設の判断のためのものを除く。）等



リンパ浮腫複合的治療料の概要

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料(1日につき)

1 重症の場合 200点

2 1以外の場合 100点

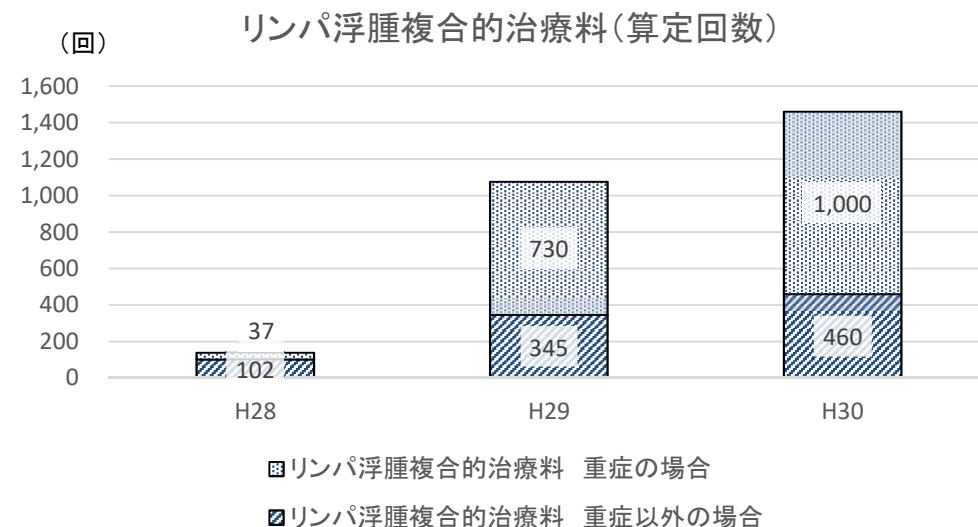
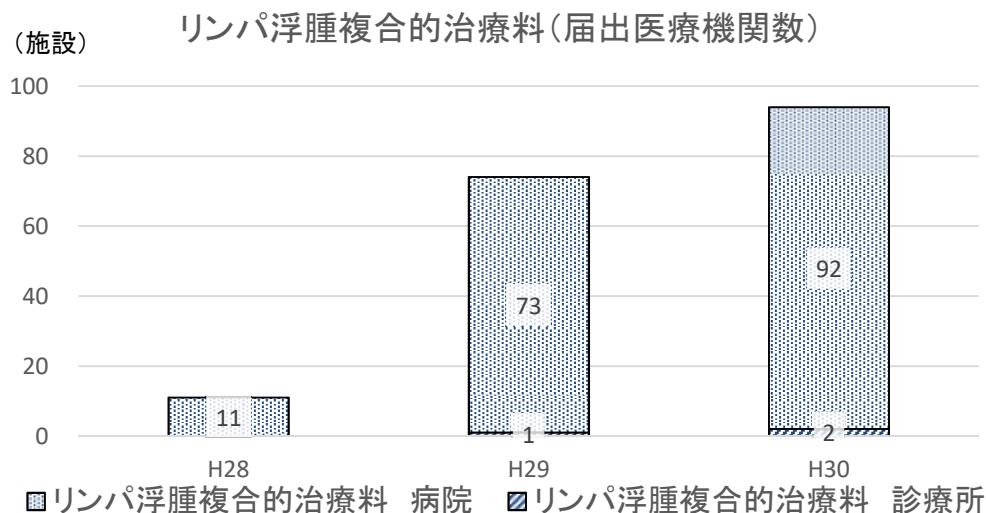
「リンパ浮腫指導管理料」の対象となる腫瘍(子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍)に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のもの、複合的治療を実施した場合に算定する。

【対象患者(概要)】

- 「リンパ浮腫指導管理料」の対象となる腫瘍(子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍)に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のもの。
- 病期分類Ⅱ後期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象者となる。

【算定要件(抜粋)】

- 「1」は月1回(当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回)、「2」は6月に1回に限り算定。
- 「1」は1回40分以上、「2」は1回20分以上行った場合に算定する。



リンパ浮腫指導管理料の概要

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点

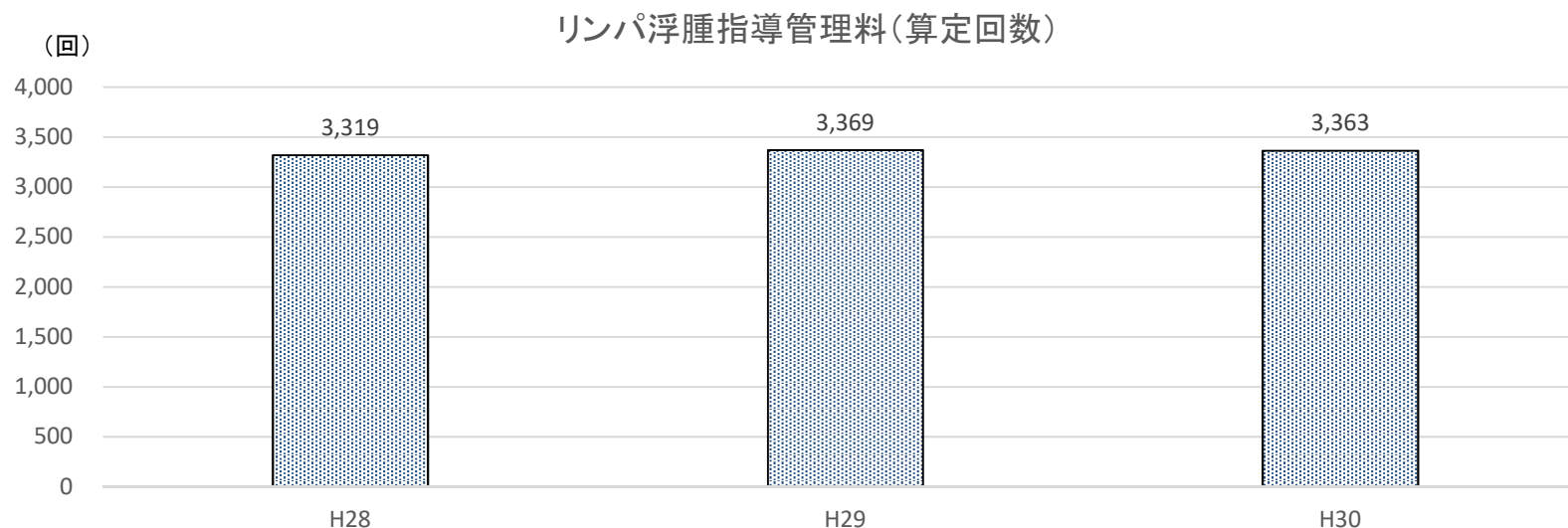
子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に算定する。

【対象患者（概要）】

- 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったもの。

【算定要件（抜粋）】

- 手術前又は手術後において、以下の事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。
 - ア リンパ浮腫の病因と病態
 - イ リンパ浮腫の治療方法の概要
 - ウ セルフケアの重要性と局所へのリンパ液の停滞を予防及び改善するための具体的実施方法
 - エ 生活上の具体的な注意事項
 - オ 感染症の発症等増悪時の対処方法
- 手術を受けた保険医療機関に入院中に当該説明及び指導管理を行った場合に1回、当該保険医療機関を退院した後に、当該保険医療機関又は当該患者の退院後においてB005-6がん治療連携計画策定料の「注1」に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において当該説明及び指導管理を行った場合にいずれか一方の保険医療機関において1回に限り算定する。



平成30年度診療報酬改定における新規項目

A301 特定集中治療室管理料

注4 早期離床・リハビリテーション加算 500点

特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に加算する。

【対象患者（概要）】

- 特定集中治療室に入室した患者。

【算定要件（抜粋）】

- 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離職の取組を行った場合に、14日を限度として所定点数に加算する。

	届出医療機関数	算定回数
早期離床・リハビリテーション加算	247	7,649

B001・28 小児運動器疾患指導管理料 250点

他の保険医療機関から紹介された、運動器疾患を有する6歳未満の患者に対して、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

【対象患者（概要）】

- 対象患者は、以下のいずれかに該当する6歳未満の患者とする。
 - ア 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者
 - イ 装具を使用する患者
 - ウ 医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者
 - エ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

【算定要件（抜粋）】

- 初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載する。
- 6月に1回に限り算定する。
- 小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

	届出医療機関数	算定回数
小児運動器疾患指導管理料	(届出不要)	1,990

- (1) リハビリテーションに係る診療報酬 (概要)
- (2) 直近の算定状況等
- (3) リハビリテーション領域における課題及び取組等

摂食嚥下障害を有する脳卒中患者の状況

- 摂食嚥下障害を有する脳卒中患者は、摂食嚥下障害を有していない脳卒中患者と比較して、低栄養である者が多いとされている。

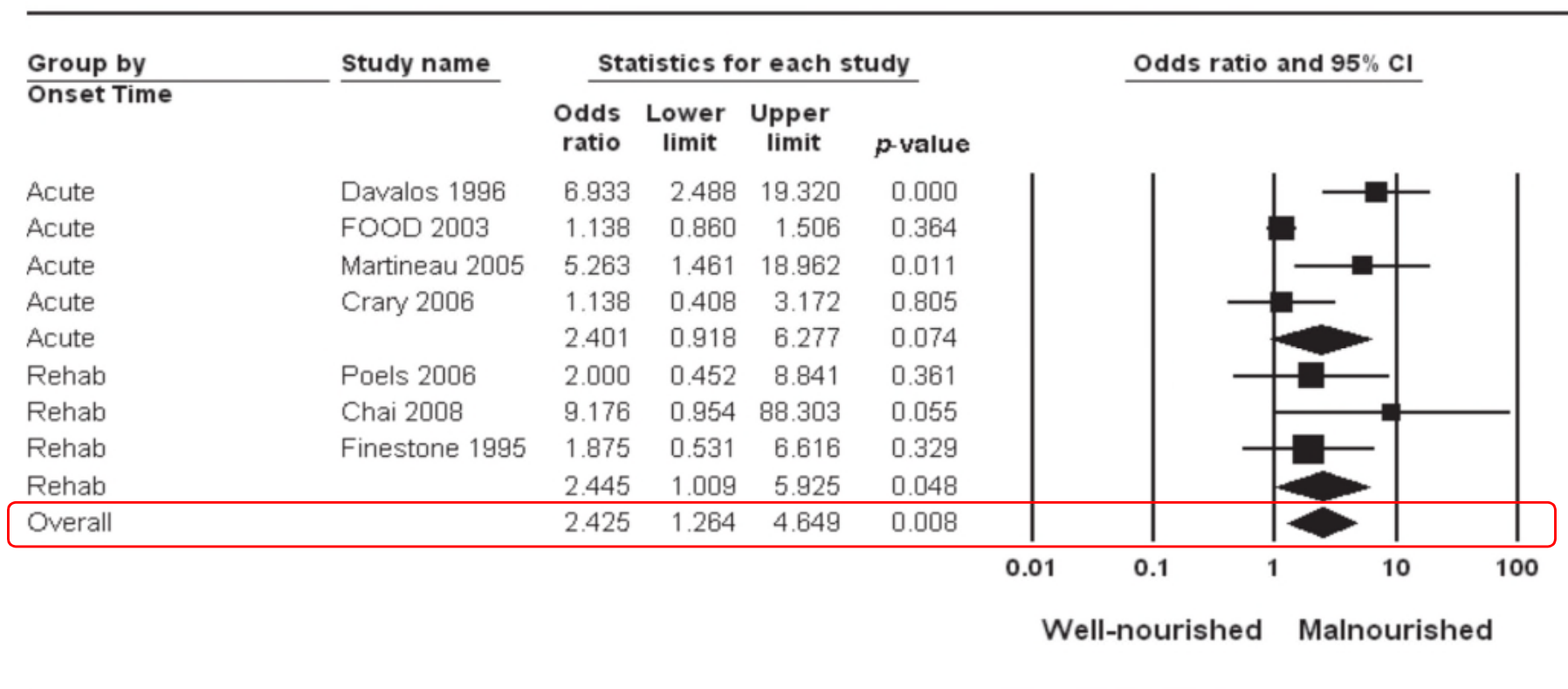
【内容】

- 脳卒中患者を対象に、嚥下障害と低栄養の関係について、MEDLINE、EMBASE、ISI Web of Science、CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) を用いて、関係の文献を検索・精査し、データを抽出、評価。

【結果】

- 7つの研究結果を統合すると、嚥下障害を有する脳卒中患者は、嚥下障害を有していない脳卒中患者と比較して、低栄養の患者が2.4倍多いことが示された。

図 脳卒中患者の嚥下障害と低栄養に関するプール解析



摂食嚥下障害を有する脳卒中患者のBMI等の変化

- 経管栄養管理下にある低栄養の脳卒中患者に対し、管理栄養士による介入が週1回の群の方が、管理栄養士の介入が月1回の群と比較して有意にBMI増加量が大きく、3食経口摂取移行者の割合及び運動FIMが有意に高かった。

【対象】 回復期リハビリテーション病棟に入院した経管栄養管理下にある低栄養の脳卒中患者66名（平均年齢 77.5 ± 8.4 歳）を最低週1回は管理栄養士が栄養モニタリング（臨床所見、栄養摂取量、身体計測、血液検査等）を実施する週1回介入群と、最低月1回は管理栄養士が栄養モニタリングを実施する月1回介入群に分けた。

【方法】 モニタリング結果に基づき、管理栄養士が医師に栄養処方（栄養投与量、栄養ルート、経腸栄養剤の組成変更、経口補助食品の開始等）を提案し、必要な介入を行った。

図 BMI変化

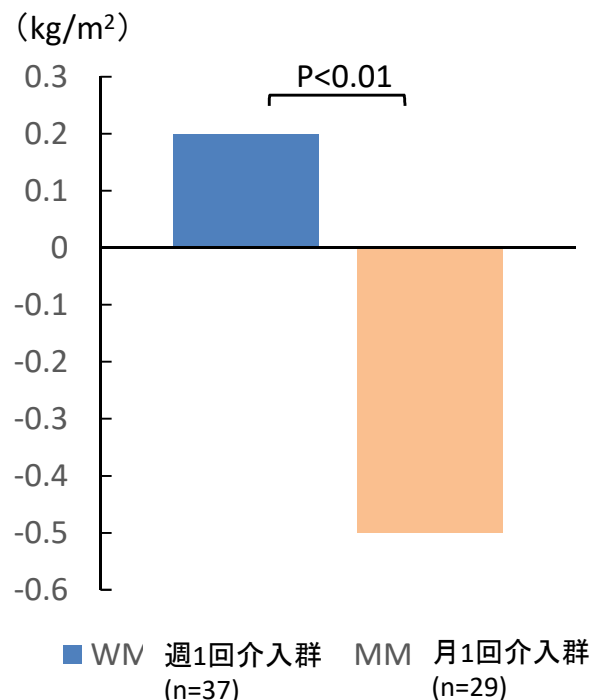


図 3食経口摂取移行者の割合

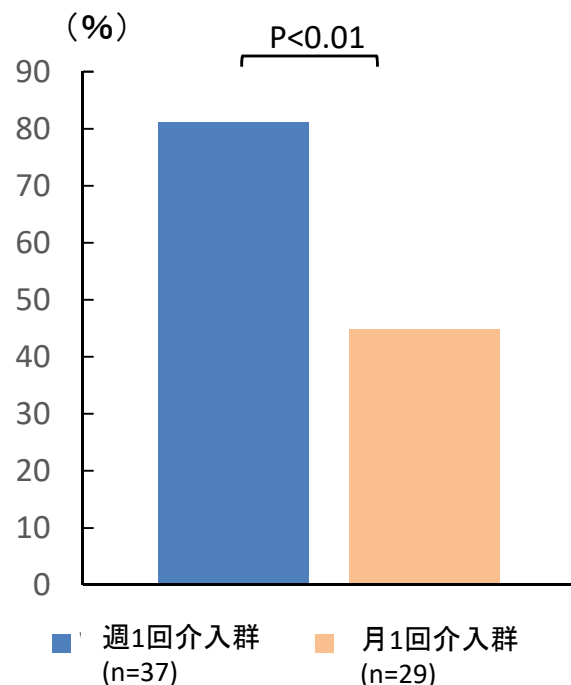
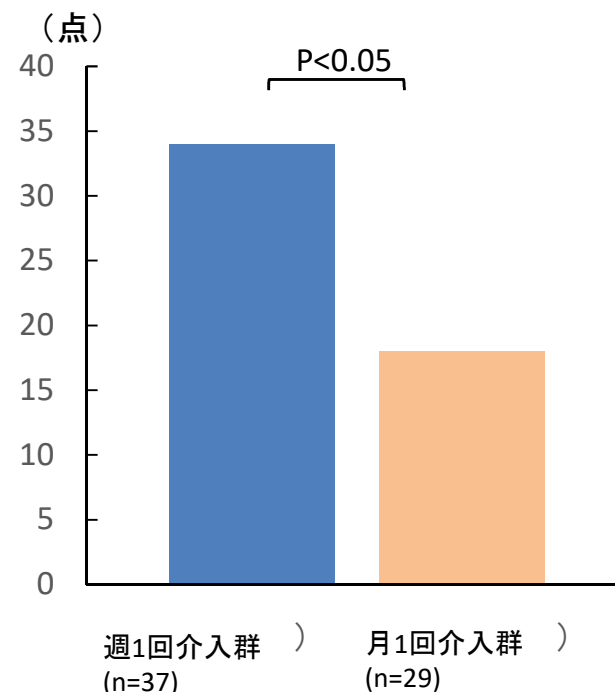


図 FIM運動項目



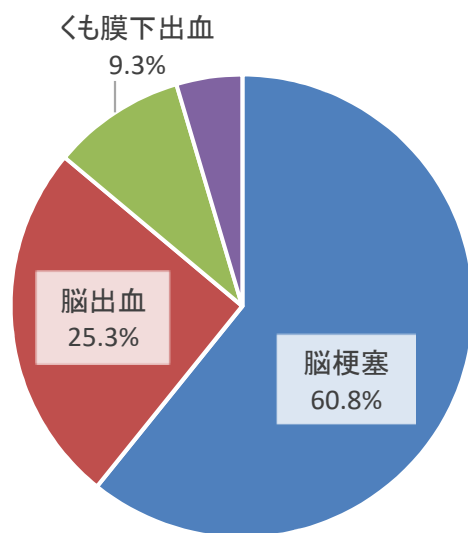
脳卒中患者への摂食・嚥下サポートチーム介入の効果

- 摂食・嚥下チームが脳卒中患者に摂食機能療法や口腔ケアを積極的に行った場合、経口摂取の割合は高く、重症脳卒中であっても経口摂取が可能となる可能性があると考えられている。

【対象】医療機関に入院した脳卒中患者（脳梗塞60.8%、脳出血25.3%、くも膜下出血9.3%）324名（平均年齢70.1±13.6歳）。

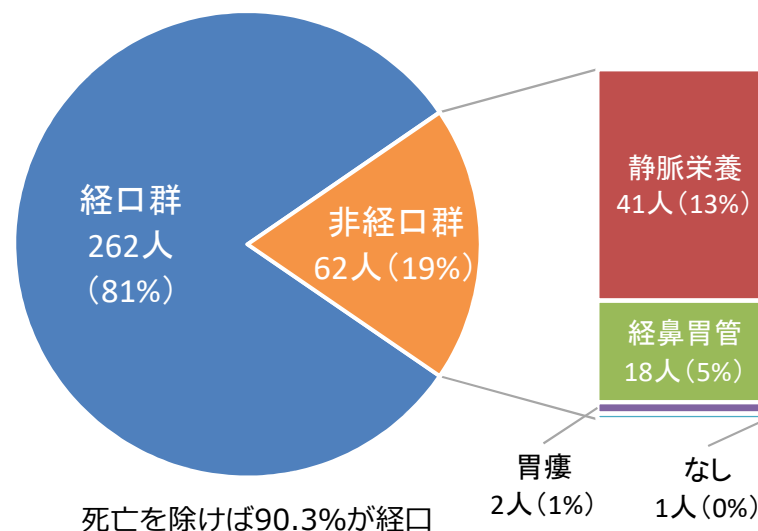
【方法】入院直後から、摂食・嚥下サポートチーム（医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、看護師、薬剤師、管理栄養士）が週1回、回診時に嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査施行の可否、専門的口腔ケア頻度の変更、食形態の変更等を行った。

対象患者



摂食・嚥下サポートチームによる摂食機能療法等

図 退院時の栄養経路



死亡を除けば90.3%が経口

注) 死亡退院34人を含む

経口群：経管栄養などの補助栄養が全く不要で、嚥下食または普通食の経口摂取が可能

非経口群：経管栄養のみ、または部分的にでも経管栄養を用いている

表 経口、非経口群における各項目の結果

	NIHSS※1 (平均値)	mRS※2 (平均値)
経口群	10.6±11.7	3.9±1.2
非経口群	11.7±12.8	4.1±1.0

※1：National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) は、脳卒中重症度評価スケールであり、点数が高いほど重症度も高くなり、最大42点。

※2：modified Rankin Scale (mRS) は、脳卒中患者の社会的不利益と行動の制限を0（無症候）から5（重度の障害）の6段階で簡便に評価するスケール。

表 退院時経口群と調査項目の関係
(単変量解析)

	有意確率	オッズ比
入院時NIHSS	0.53	1.01
入院時mRS	0.43	1.13

リハビリテーションに係る研究報告等について

- 効果的な機能回復には、最適な難易度での十分量の反復運動が必要である。
- 運動の難易度調整、再現性、持続性等の観点から、療法士による訓練を補完するものとして、以下の様な研究が進められている。

【上肢・歩行訓練支援ロボットを用いたリハビリテーションについて】

- 国内の脳卒中ガイドライン(2015)において、上肢機能障害に対するリハビリテーションのうち、動作反復を伴う訓練が位置づけられている(グレードB)。また、歩行障害に対するリハビリテーションのうち、歩行補助ロボットを用いた訓練が位置づけられている(グレードB)。
- 脳卒中後の上肢麻痺に対するロボットを用いたリハビリテーションについて、上肢機能に有意な改善が認められるという報告¹⁾がなされている。
- ロボットを用いた訓練が、歩行速度と歩行機能(自立度)を改善するという報告²⁾がなされている。



【機能的電気刺激(FES; functional electrical stimulation)を用いたリハビリテーションについて】

- 国内の脳卒中ガイドライン(2015)において、歩行障害に対するリハビリテーションのうち、FESを用いた訓練が位置づけられている(グレードB)。
- FESを用いた電気刺激が、筋の痙縮を減弱させ、静的立位バランス、歩行速度を改善させるという報告³⁾がなされている。



リンパ浮腫に係る報告等について

○ リンパ浮腫の原因となる疾患等について、以下のような報告がなされている。

【リンパ浮腫の原因となる疾患について】

○ 腋窩リンパ節群又は鼠径リンパ節群の郭清を伴う手術が必要な疾患は、上肢又は下肢のリンパ浮腫の原因となりうる。

【リンパ浮腫の病期等について】

○ リンパ浮腫に対する、圧迫療法、圧迫療法、圧迫下の運動、体重管理を主体とした複合的治療は、リンパ浮腫の病期にかかわらず有効である¹⁾。

○ 一方で、Ⅱ期以降の続発性リンパ浮腫は、非可逆性に分類され、皮下組織が線維化することで、蜂窩織炎を繰り返し、外観の変化やADLの制限が生じるため、より軽度の時期からの介入が重要である¹⁾。

○ また、多層包帯法は集中治療期において用いられ、週5日以上、終日圧迫することが推奨されており、短期間での巻き直しが必要とされる¹⁾。

【参考：国際リンパ学会によるリンパ浮腫の病期分類】

- | | | |
|------|-----|---|
| 0期 | ... | リンパ液輸送が障害されているが、浮腫が明らかでない潜在性または無症候性の病態。 |
| I期 | ... | 比較的蛋白成分が多い組織間液が貯留しているが、まだ初期であり、四肢を挙げることにより治まる。 |
| Ⅱ期 | ... | 四肢の挙上だけではほとんど組織の腫脹が改善しなくなり、圧痕が、はっきりする。 |
| Ⅱ期後期 | ... | 組織の線維化がみられ、圧痕がみられなくなる。 |
| Ⅲ期 | ... | 圧痕がみられないリンパ液うつ滞性象皮病のほか、アカントーシス(表皮肥厚)、脂肪沈着などの皮膚変化がみられるようになる。 |

リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書

【リハビリテーション実施計画書】

- 疾患別リハビリテーション料を算定するに当たり、「別紙様式21」から「別紙様式21の5」までを参考にしたリハビリテーション実施計画(書)を作成し、患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載する必要がある。

【リハビリテーション総合実施計画書】

- リハビリテーション総合計画評価料を算定するに当たり、医科の「別紙様式23」から「別紙様式23の4」まで又はこれに準じた様式等を用いて作成する。

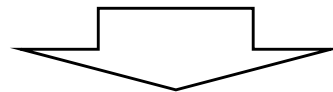
【様式について】

- いずれの計画書についても、疾患別リハビリテーション料の算定対象となる患者像が多岐にわたること等を踏まえ、複数の様式を設けているが、例えば小児の患者等については、所定の様式では記載しにくい点があるとの指摘がある。
- 一方で、書類作成業務の簡略化・効率化、患者への分かりやすい情報提供等の観点からは、現場での運用の実態等を踏まえた上で、記載項目及び様式等の整理につき、検討する必要がある。

リハビリテーションに係る現状及び課題

【現状及び課題】

- リハビリテーションに係る診療報酬については、累次の改定において、算定要件等の見直しや、必要な項目の新設等を実施してきたところ。
- 疾患別リハビリテーション料、リハビリテーション総合計画評価料、摂食機能療法等の算定回数は、経年的に増加傾向である。
- 摂食嚥下障害を有する脳卒中の患者は、低栄養の患者が多く、管理栄養士が重点的に関わることにより、経口摂取への移行割合の向上等が見られるという報告がある。
- より効果的なリハビリテーションを提供するための、療法士による訓練を補完するものとして、ロボットやFESを用いたリハビリテーションの有効性等の報告がある。
- リンパ浮腫については、原因となる疾患や介入時期等について、ガイドラインの整備が進められている。
- リハビリテーション総合実施計画書等について、現場の運用の実態等を踏まえ、記載項目及び様式等の整理につき、検討する必要がある。



【論点】

- リハビリテーションに係る現状や平成30年度診療報酬改定後の算定状況等を踏まえ、必要な見直しを検討してはどうか。

個別事項（その１）

１．リハビリテーション

- （１）リハビリテーションに係る診療報酬（概要）
- （２）直近の算定状況等
- （３）リハビリテーション領域における課題及び取組等

２．医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について （その２）

- （１）重複投薬
- （２）入院時のポリファーマシー対策（退院時の連携）
- （３）バイオ後続品

(1) 重複投薬

(2) 入院時のポリファーマシー対策 (退院時の連携)

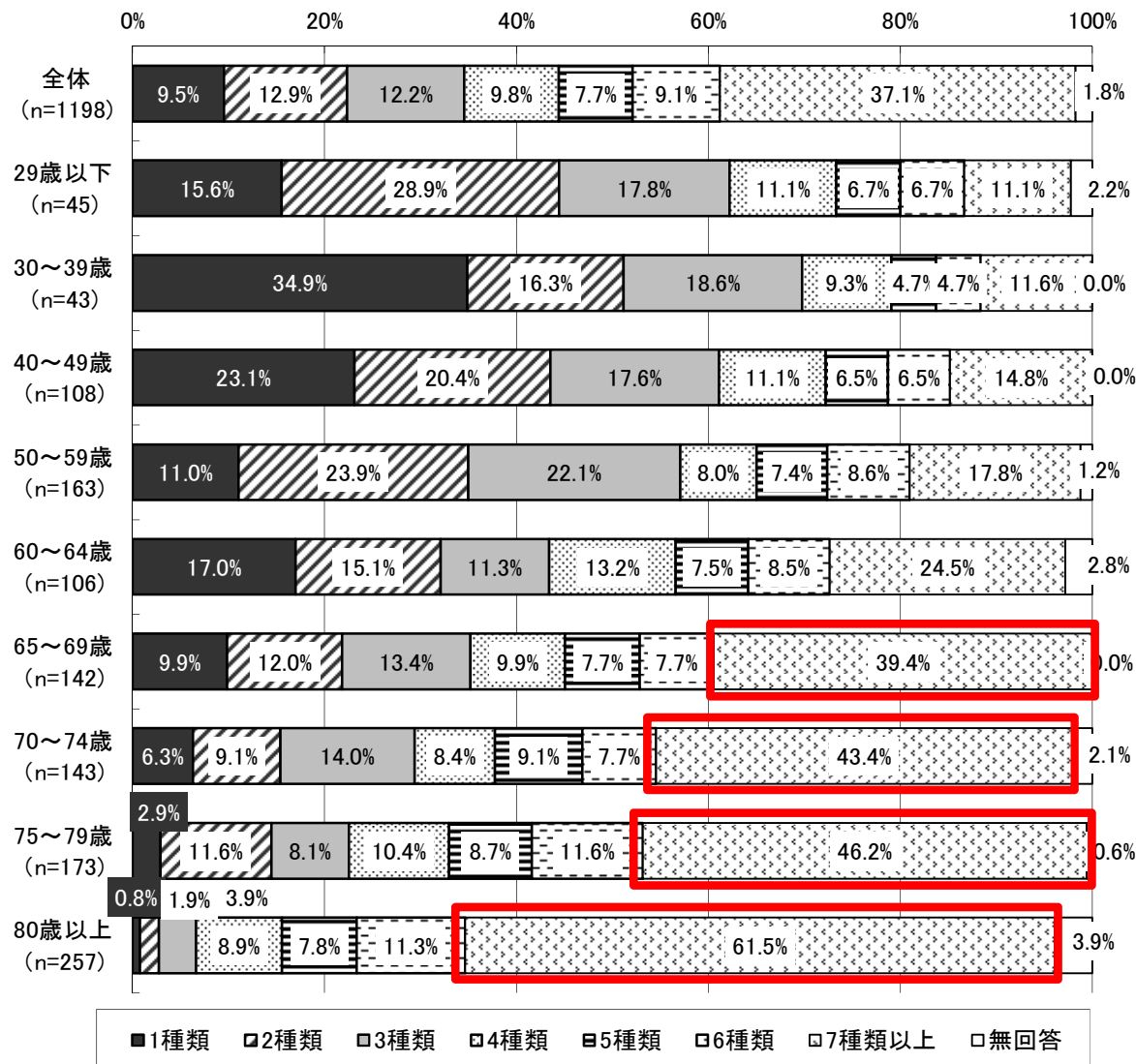
(3) バイオ後続品

年齢階級別の薬剤種類数の実態

中医協 総 - 4 - 1
元 . 6 . 2 6

○ 患者調査によれば、高齢であるほど定期的に使用してい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歳以上では約6割の患者で「7種類以上」使用しているとの結果であった。

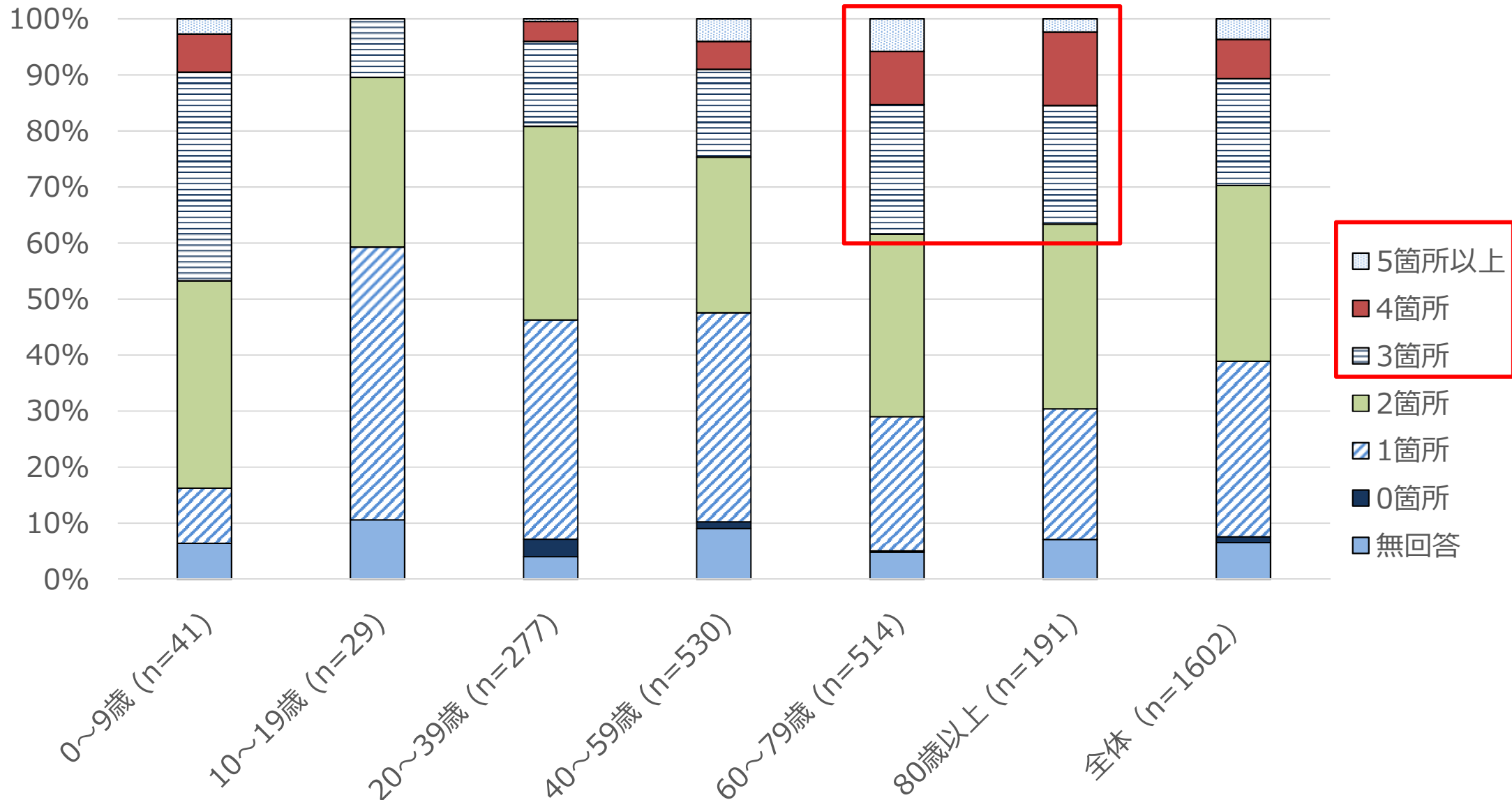
➤ 現在、1日あたり使用している薬（年齢階級別、定期的に医療機関に行って処方してもらっている薬がある患者）



年齢別の医療機関受診数（6ヶ月）

中 医 協 総 - 6
元 . 5 . 1 5 （改）

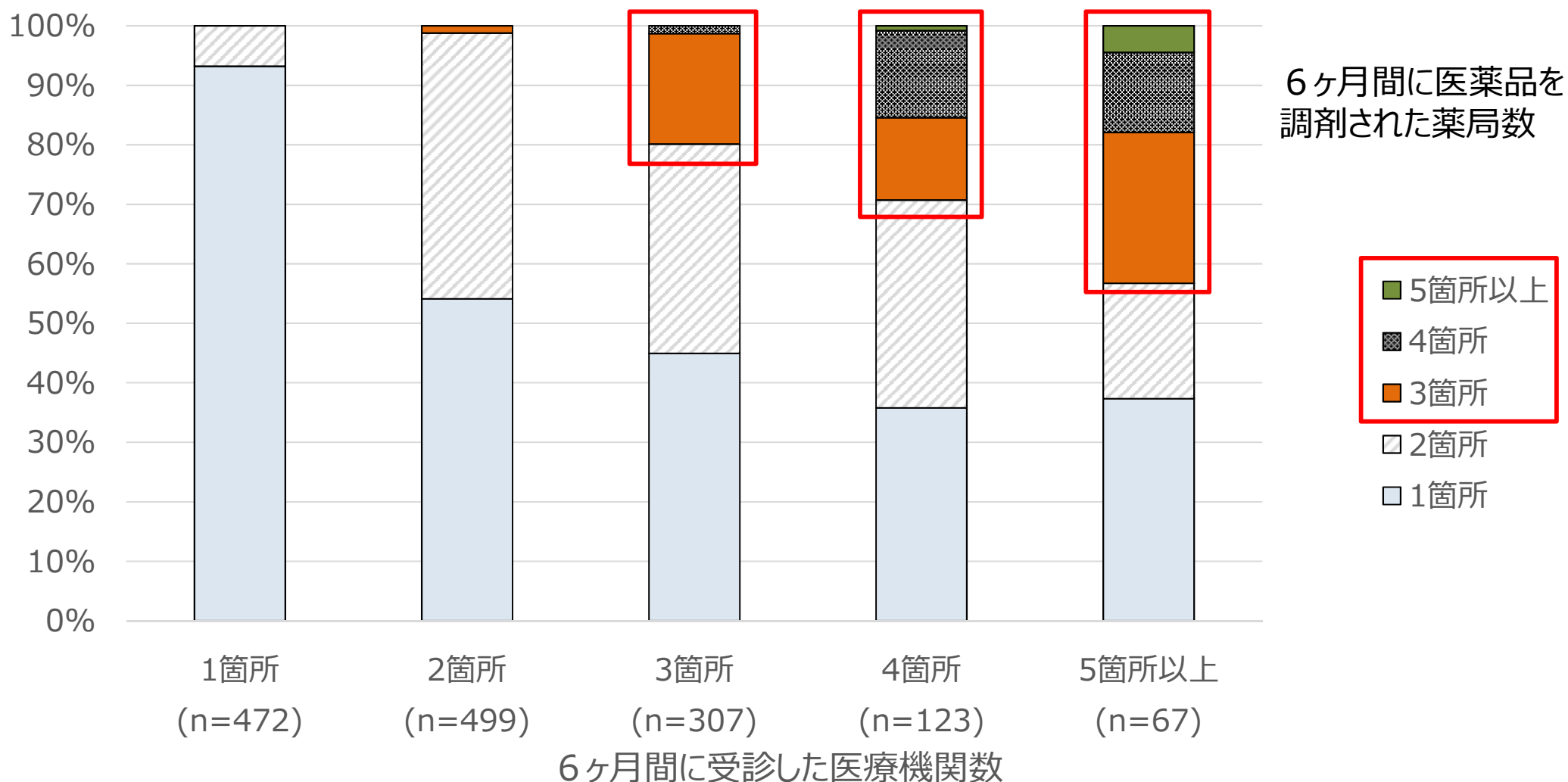
○ 高齢者では、複数の医療機関を受診する割合が多い。



受診医療機関別の来局薬局数（6ヶ月間）

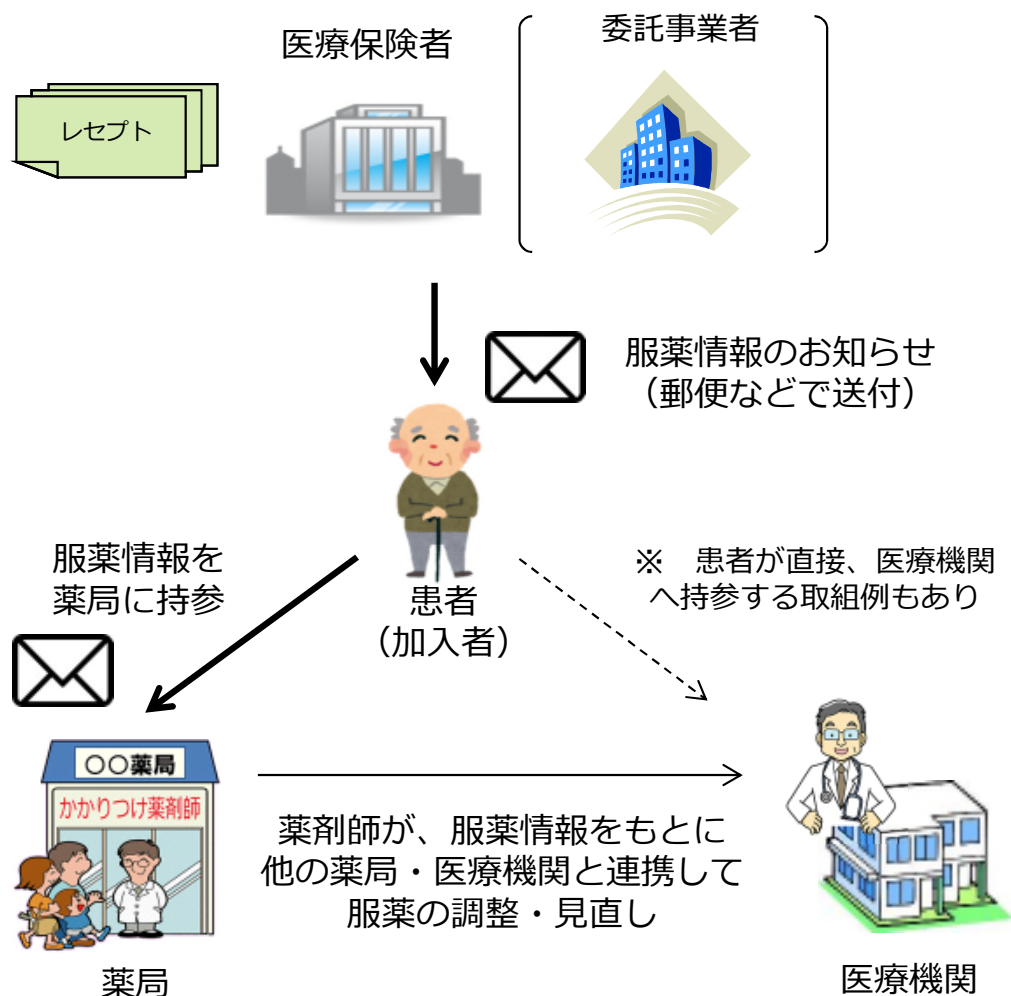
中 医 協 総 - 6
元 . 5 . 1 5

- 受診する医療機関が増えるほど、来局する薬局数も増える傾向にある。
- 3箇所以上の薬局に来局する患者が一定数いる。
（3箇所の医療機関を受診する場合で約20%、4箇所の医療機関を受診する場合で約30%、5箇所以上の医療機関を受診する場合で約40%いた。）

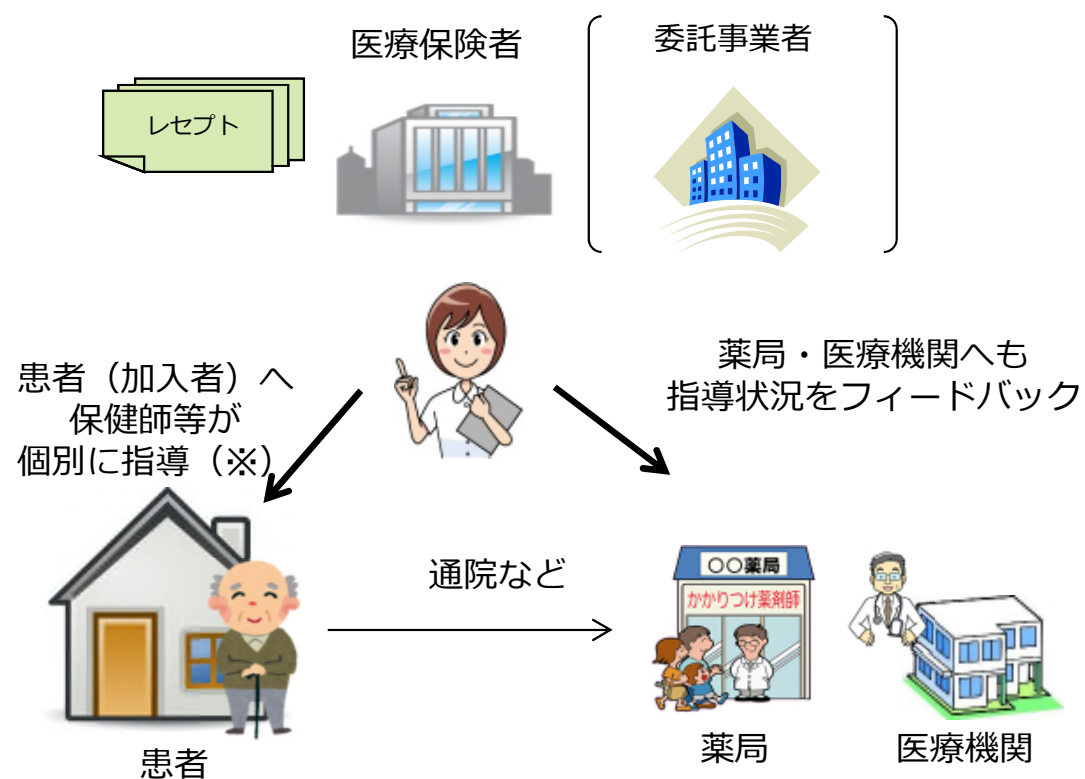


- 保険者は、レセプト情報により患者（加入者）の服薬状況を把握できるため、それを活用して多剤・重複投薬されている者を抽出して取組を実施することが可能。対象の加入者に個別に訪問・指導を行う取組も行われている。

対象の加入者に服薬情報を通知するパターン



対象の加入者に個別に訪問・指導するパターン



（※）重複・多剤服薬の指導を、薬の飲み残しや生活習慣の見直しの指導等とあわせて実施する取組例もある。

（※）服薬指導を、患者が利用する薬局（薬剤師）に直接委託することで、効果的に調剤・処方の見直しへつなげる取組例もある。

保険者事業における取組例

- 保険者のレセプト分析により、重複投薬が多い医薬品成分、重複が疑われる薬効群の見える化が行われている。

さいたま市

- 対象患者： 国民健康保険の被保険者
- 分析対象レセプト：平成28年度の医科（入院外）、調剤レセプト
- 重複の定義
同一月に、同一成分の内服薬が14日以上処方されている。

レセプト分析の結果

- 上述の「重複の定義」に合致するレセプトを抽出。
- 要因となった医薬品成分の上位は以下のとおり。

1	レバミピド（消化性潰瘍用剤）
2	ゾルピデム（催眠鎮静剤、抗不安薬）
3	エチゾラム（精神神経用剤）
4	ロキソプロフェン（解熱鎮痛消炎剤）
5	ブロチゾラム（催眠鎮静剤、抗不安薬）
6	アムロジピン（血管拡張剤）
7	メコバラミン（ビタミンB剤）
8	酸化マグネシウム（制酸剤）
9	L-カルボシステイン（去たん剤）
10	オロパタジン（その他のアレルギー用剤）

福岡市

- 対象患者： 国民健康保険の被保険者
- 分析対象レセプト：平成29年9月～平成30年2月診療分の医科（入院外）、調剤レセプト
- 重複の定義
同一月に、同一の薬効（9桁の医薬品コード）の医薬品が2以上処方されている

レセプト分析の結果

- 上述の「重複の定義」に合致するレセプトを抽出。
- 要因となった薬効を、3桁の薬効分類で、上位から並べると以下のとおり。（6ヶ月の延べ数を合計）

1	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤
2	解熱鎮痛消炎剤
3	消化性潰瘍用剤
4	催眠鎮静剤、抗不安剤
5	去たん剤
6	その他のアレルギー用薬
7	眼科用剤
8	精神神経用剤
9	漢方製剤

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)

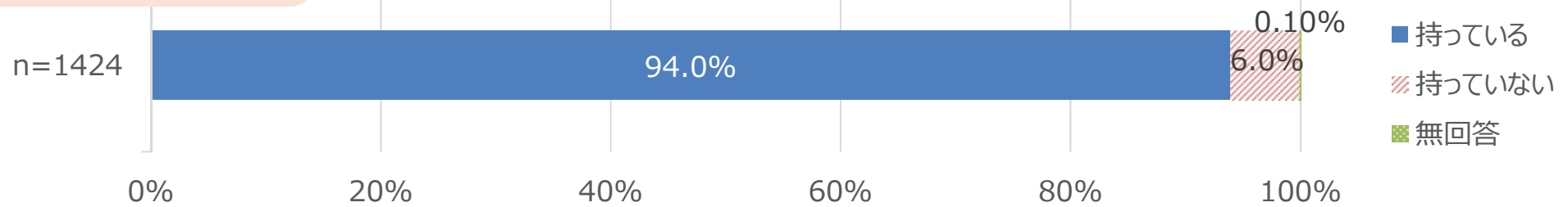
- 手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。
- 患者に対して、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供する。



お薬手帳の活用状況

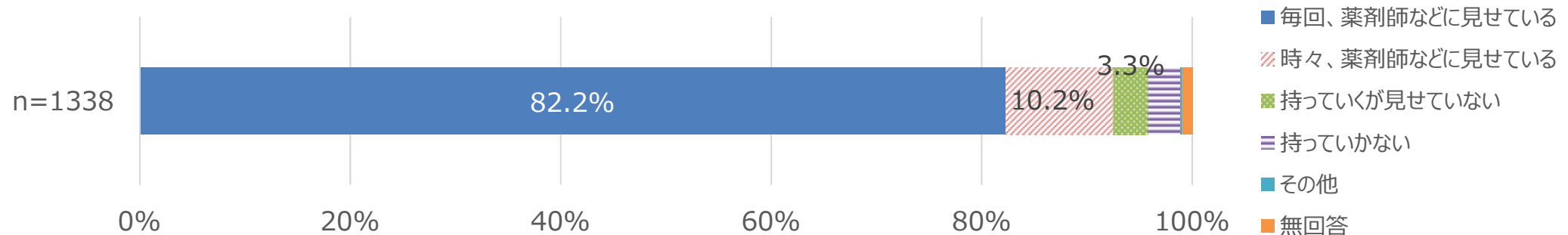
- 9割以上の患者がお薬手帳を持っている。
- お薬手帳を持っている患者のうち、約8割が薬局で毎回、薬剤師などに見せている。医療機関では約25%が毎回、医師などに見せている（時々、医師などに見せている場合を含めると約55%）。

1 お薬手帳の保有状況

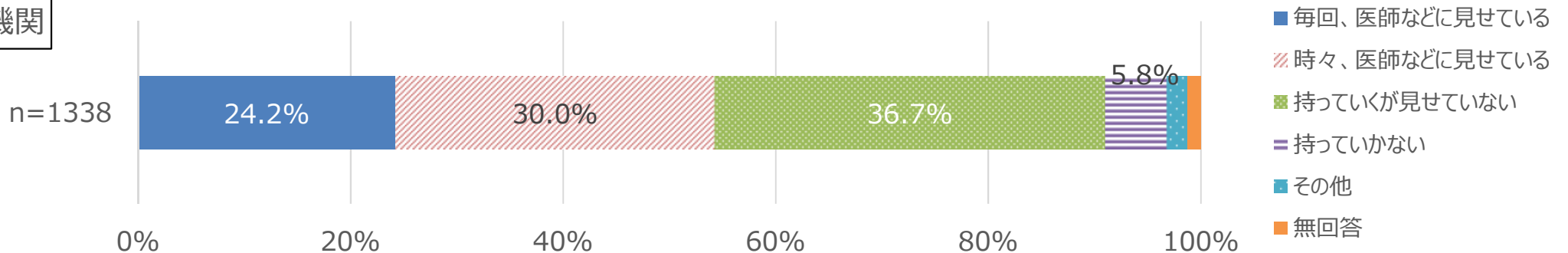


2 お薬手帳の活用状況

薬局



医療機関



お薬手帳を用いた重複投薬の確認について

- お薬手帳を用いた重複投薬の確認を行う場合には、複数のページを確認するなど、一定の注意が必要。

患者例：神経性疼痛、高血圧、狭心症で定期的に受診＋急性咽頭炎で受診

7月：A病院（整形外科＋循環器内科）

7月：B診療所（内科）①

8月：B診療所（内科）②

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/07/01
A病院 整形外科

ロキソプロフェンNa錠60mg「▲▲」 3錠
レバミピド錠100mg「◇◇」 3錠
1日3回 毎食後 60日分

リカOD錠150mg 2錠
1日2回 朝夕食後 60日分

1

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/07/01
A病院 循環器内科

ジルチアゼム塩酸塩錠30mg「□□」 3錠
1日3回 毎食後 60日分

2

成分は異なるがいずれもカルシウム拮抗薬
いずれも高血圧症と狭心症の適応を有しており、重複投薬か否かは処方背景の確認が必要

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/07/10
B診療所 内科

アムロジピン錠5mg「●●」 1錠
オルメサルタン錠10mg「▲▲」 1錠
1日1回 朝食後 28日分

3

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/08/07
B診療所 内科

アムロジピン錠5mg「●●」 1錠
オルメサルタン錠10mg「▲▲」 1錠
1日1回 朝食後 28日分

4

8月：C診療所（内科）③

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/08/20
C診療所 内科

カルボシステイン錠500mg「◆◆」 3錠
トラネキサム酸錠500mg「○○」 3錠
ロキソプロフェンNa錠60mg「■ ■」 3錠
1日3回 毎食後 7日分

5

6

同一成分であるが、ページが離れている。

【重複投薬の確認時に注意が必要な点】

- ❑ 処方日数を確認しつつ、複数ページの確認が必要
- ❑ 重複投薬か否かの判断に、処方の背景の確認が必要な場合がある
- ❑ 後発医薬品の銘柄名は、一般名を基本とした形となっており、先発品の名称と一般名の両方の知識が必要となる

地域包括診療料・加算等の施設基準等(平成30年度～)

	対象疾患	内服薬数	主な施設基準
認知症地域包括診療料1 認知症地域包括診療料2	認知症 +1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○慢性疾患の指導に係る研修を受講した医師が担当医 ○ <u>他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理</u> ○病院の場合以下の全て ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料1 地域包括診療料2	下記のうち2疾患 以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤換算2名以上の医師(うち1名以上が常勤)(※2) ・在宅療養支援診療所であること ○診療料1を算定する場合 ・外来中心の医療機関(直近1ヶ月に外来及び在宅医療を実施した患者のうち在宅医療の患者の割合が7割未満) ・直近1年間の外来診療を経た訪問診療への移行患者数が10人以上
認知症地域包括診療加算1 認知症地域包括診療加算2	認知症 +1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○慢性疾患の指導に係る研修を受講した医師が担当医 ○在宅医療の提供及び24時間の往診等の体制を確保 ○ <u>他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理</u>
地域包括診療加算1 地域包括診療加算2	下記のうち2疾患 以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤換算2名以上の医師(うち1名以上が常勤)(※2) ・在宅療養支援診療所(在支診)であること ○加算1を算定する場合 ・外来中心の医療機関(直近1ヶ月に外来及び在宅医療を実施した患者のうち在宅医療の患者の割合が7割未満) ・直近1年間の外来診療を経た訪問診療への移行患者数が患者数が3人(在支診の場合は10人)以上

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成30年度改定において常勤換算が可能となるよう要件を緩和。

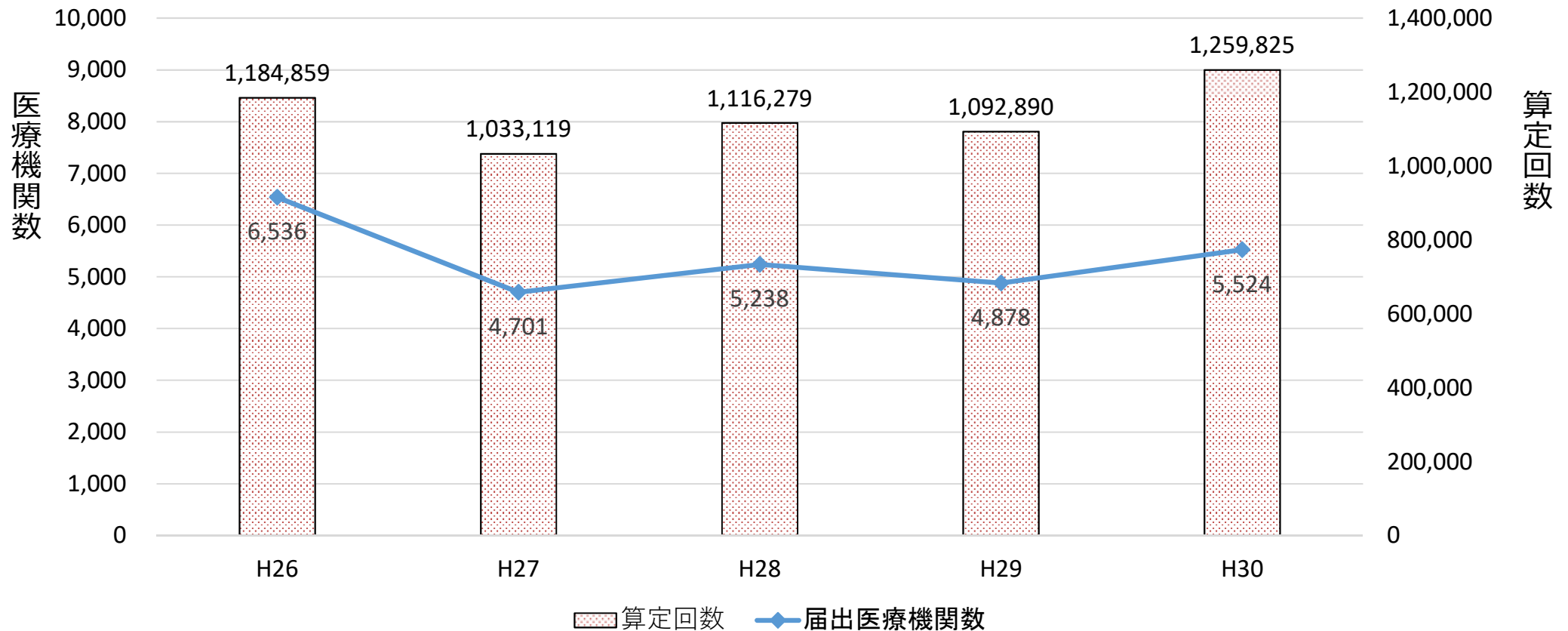
A001注12 地域包括診療加算

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

- 地域包括診療加算について、届出医療機関数及び算定回数は減少傾向～横ばい。

A001注12	再診料		
	イ 地域包括診療加算 1	25点	
	ロ 地域包括診療加算 2	18点	
主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。			

A001 注12 地域包括診療加算



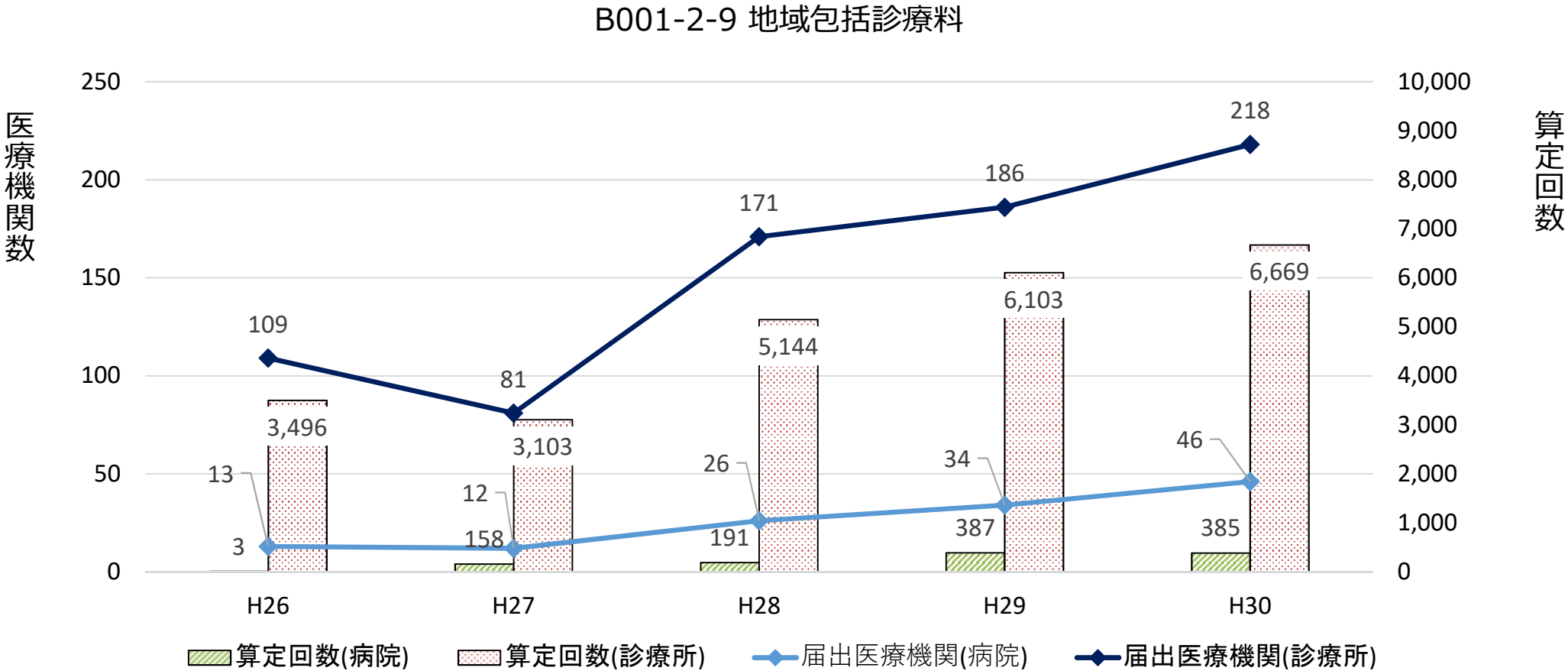
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

B001-2-9 地域包括診療料

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

○ 地域包括診療料について、病院・診療所共に、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

B001-2-9 1	地域包括診療料（月 1 回） 地域包括診療料 1 1,560点	主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行う事を評価したもの。
B001-2-9 2	地域包括診療料（月 1 回） 地域包括診療料 2 1,503点	



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年 6 月審査分）
保険局医療課調べ（各年 7 月 1 日現在）

かかりつけ医調査（施設調査）の結果

<地域包括診療料等の算定患者のことで連携した医療機関等数>（報告書p107）

- 地域包括診療料等を算定した患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数の平均値は、0.6～2.1か所であった。
- 地域包括診療料等を算定した患者の処方薬等を管理するために連携している薬局数の平均値は、1.4～2.5か所であった。

図表 140 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数
(単位：か所)

	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
地域包括診療料1届出施設	26	2.0	2.9	0
地域包括診療料2届出施設	31	0.6	1.1	0
地域包括診療加算1届出施設	21	2.1	2.0	2
地域包括診療加算2届出施設	48	1.0	1.6	0

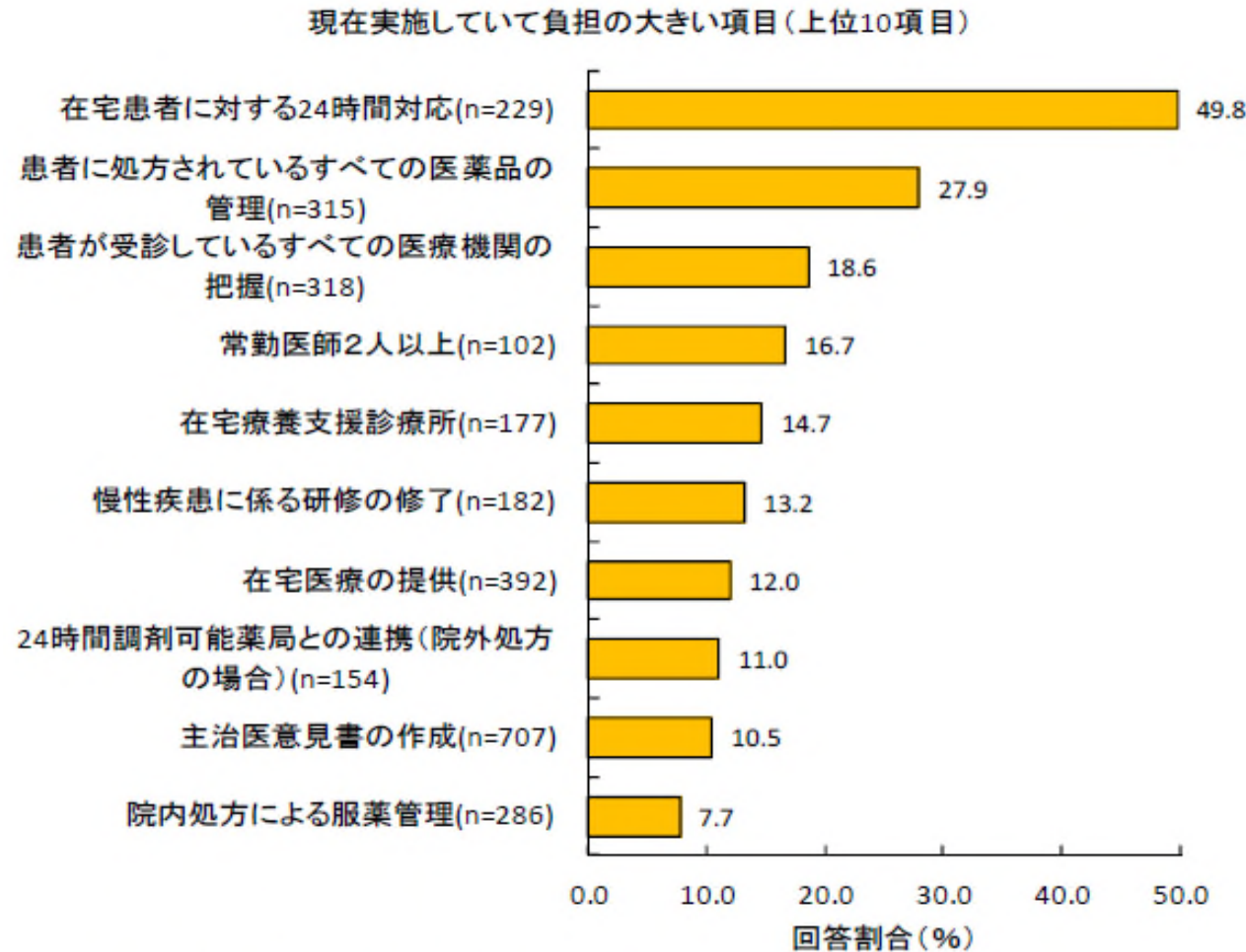
(注) 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数について記入のあった施設を集計対象とした。

図表 141 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数
(単位：か所)

	施設数 (件)	平均値	標準偏差	中央値
地域包括診療料1届出施設	30	1.9	2.3	1
地域包括診療料2届出施設	32	1.4	1.6	1
地域包括診療加算1届出施設	22	2.5	1.7	2
地域包括診療加算2届出施設	50	1.9	2.0	1

(注) 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数について記入のあった施設を集計対象とした。

- 実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」を挙げた診療所が多かった。



*n数は現在実施している診療所数。「回答割合＝負担と回答した診療所÷実施している診療所」

出典： 日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」 結果(概要版)(2017年2月15日)

かかりつけ薬剤師の評価

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。

かかりつけ薬剤師指導料

73点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[算定要件]

- ① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。
- ② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。
- ③ 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない(要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料は算定できる。)
- ④ 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。
- ⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。
 - ア 薬剤服用歴管理指導料に係る業務
 - イ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握
 - ウ 担当患者から24時間相談に応じる体制をとり、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付(やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可)
 - エ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
 - オ 必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を実施
 - カ 必要に応じ、患者の同意を得て、患者が入手している血液・生化学検査結果の情報を参考に薬学的管理及び指導を実施

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

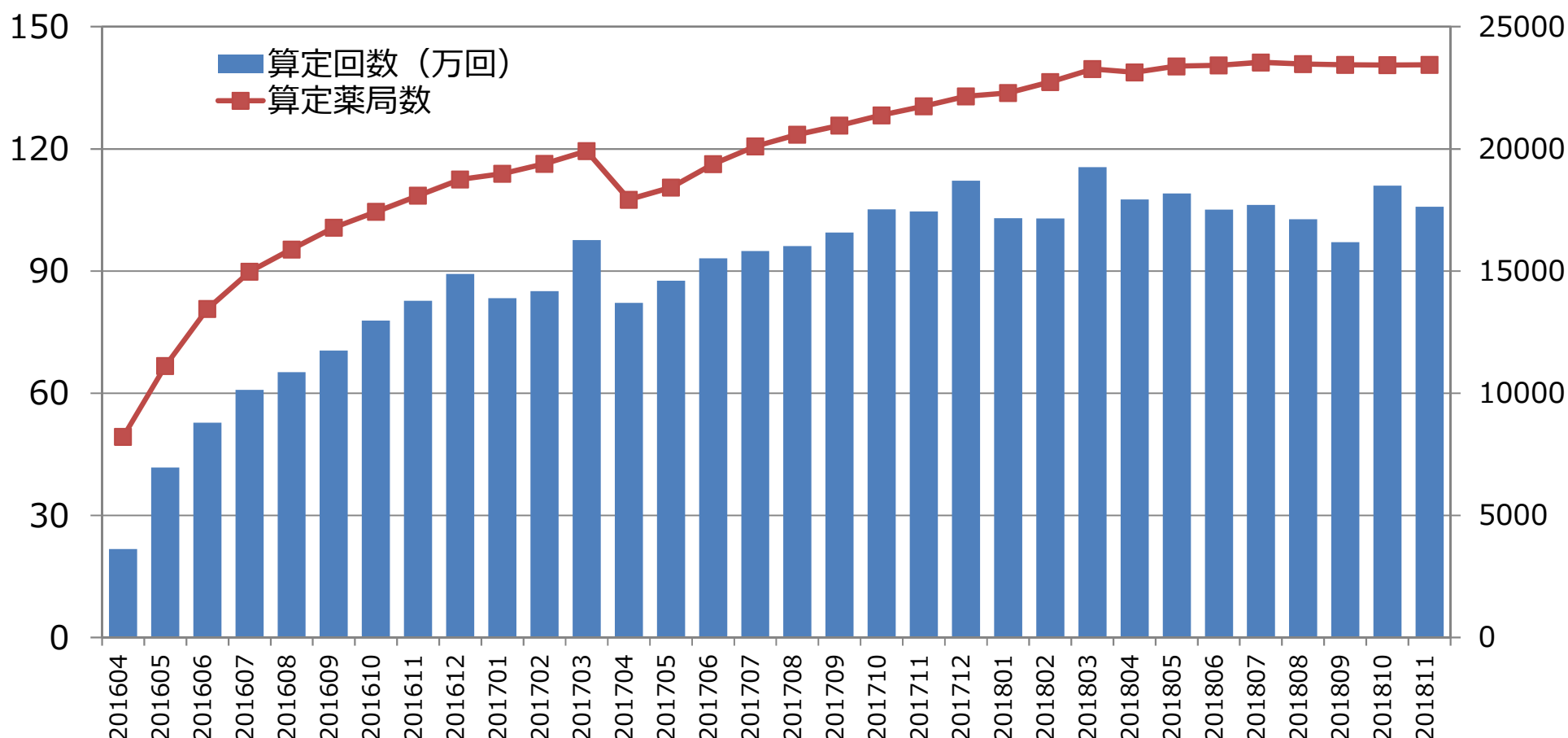
- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。
- (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

かかりつけ薬剤師指導料の算定状況（2018年11月まで）

- 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算定回数、算定薬局数は最近横ばい。平成30年11月の算定回数は、全処方箋枚数7,068万枚の1.50%に相当する。

算定回数（万回）

算定薬局数



〔出典〕「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）特別集計

薬局における対人業務の評価の充実

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。

改訂前

【重複投薬・相互作用等防止加算】	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。	
【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。	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	<u>40点</u>
ロ 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	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	<u>40点</u>
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

イ、ロの併算定は不可

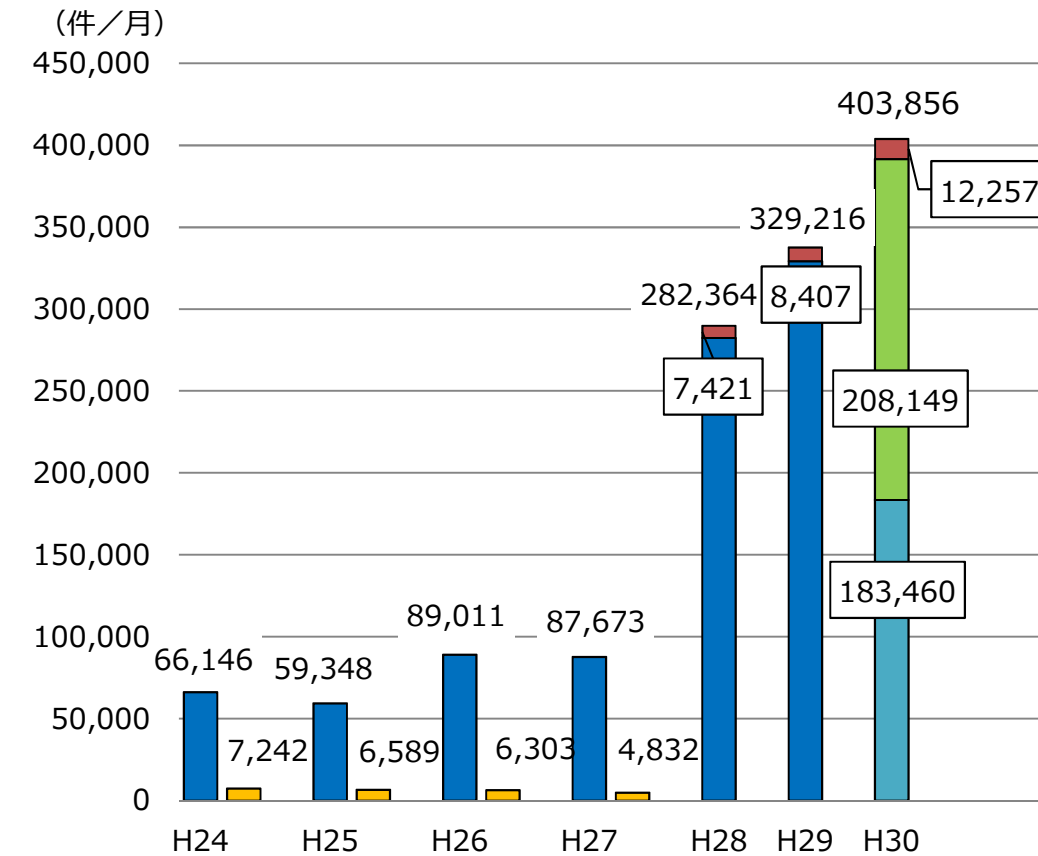
重複投薬、残薬解消に関する取組の実態

中医協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

○ 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回数は増加傾向にある。

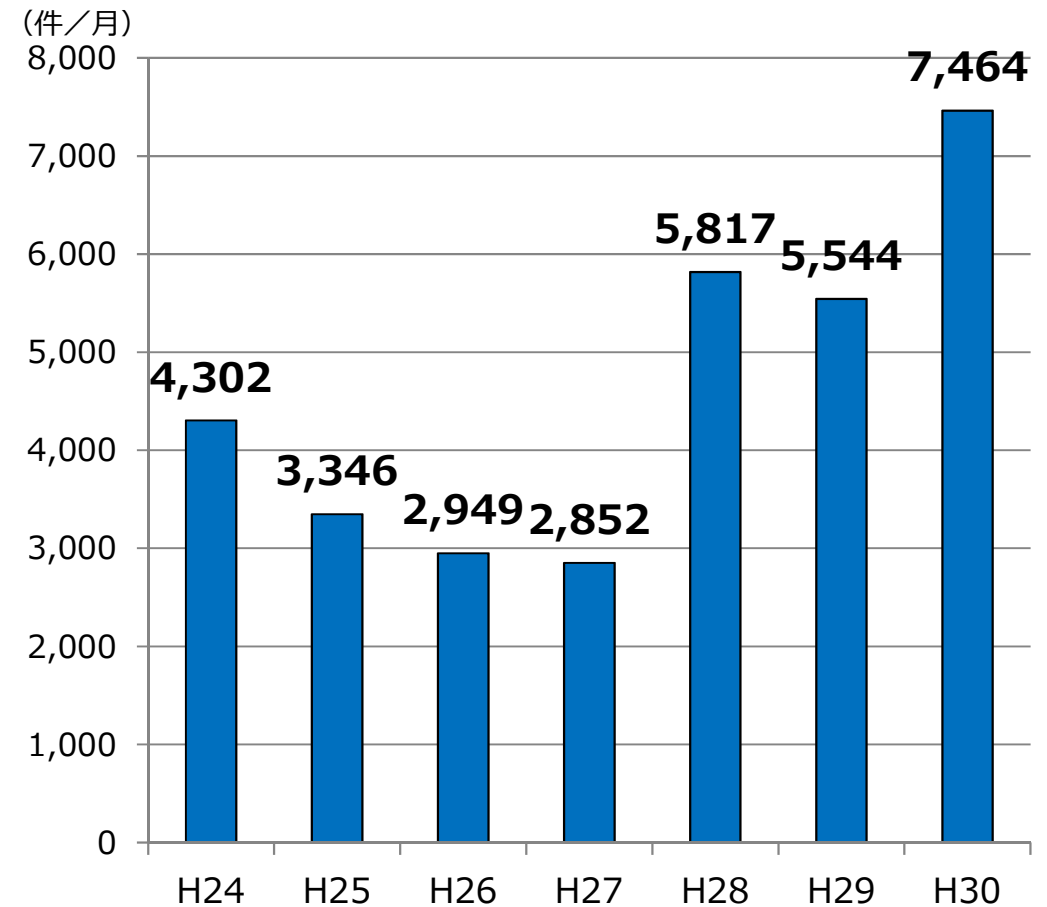
➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし ■ 残薬調整以外 ■ 残薬調整
■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（平成30年度は残薬調整以外及び残薬調整分を含む）

➤ 外来服薬支援料の算定回数



重複投薬に関する現状・課題、論点（案）

【現状・課題】

- 保険者において、レセプト情報を活用した重複投薬の解消のための取組が実施されており、レセプト分析により、重複投薬が多い医薬品成分、重複が疑われる薬効群の見える化が行われている。
- 複数の医療機関を受診する患者については、重複投薬の防止のためにお薬手帳が活用されているが、確認時には複数のページを確認するなど、一定の注意が必要。
- 重複投薬の防止等に関連する診療報酬上の評価としては、地域包括診療料・加算、かかりつけ薬剤師・薬局の評価等がある。
- 診療所で実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されている全ての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。

【論点】

- 複数の医療機関を受診する患者では重複投薬への注意が必要であり、医療機関や薬局において重複投薬の解消に向けた取組が進められてきた。
重複投薬の解消に向けた取組をさらに進める上では、服用薬剤の把握や処方薬の総合的な評価・調整が重要であるが、これらを円滑に行うための対応や連携について、評価することを検討してはどうか。

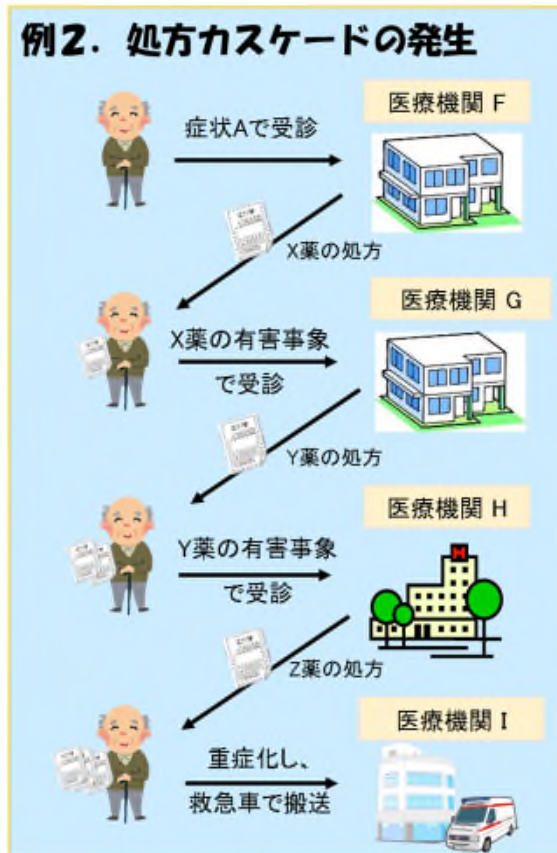
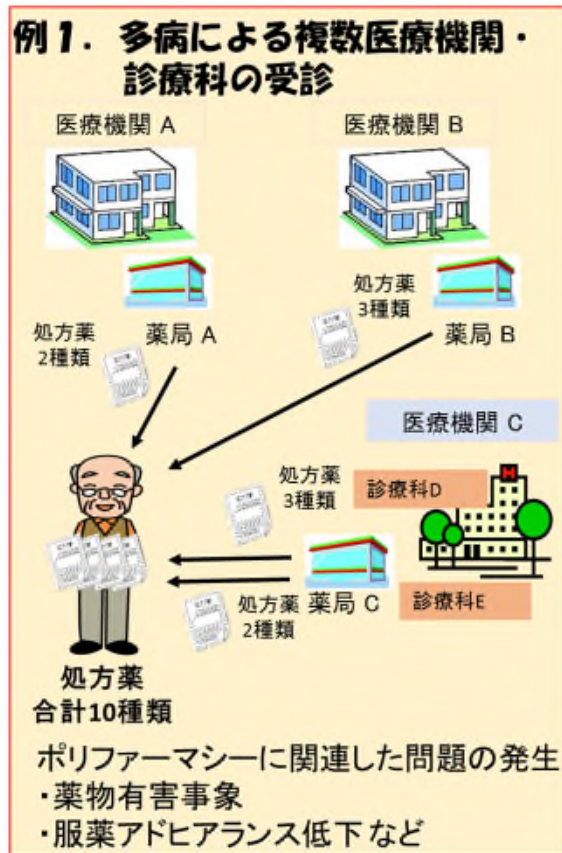
- (1) 重複投薬
- (2) 入院時のポリファーマシー対策 (退院時の連携)
- (3) バイオ後続品

ポリファーマシーの現状等

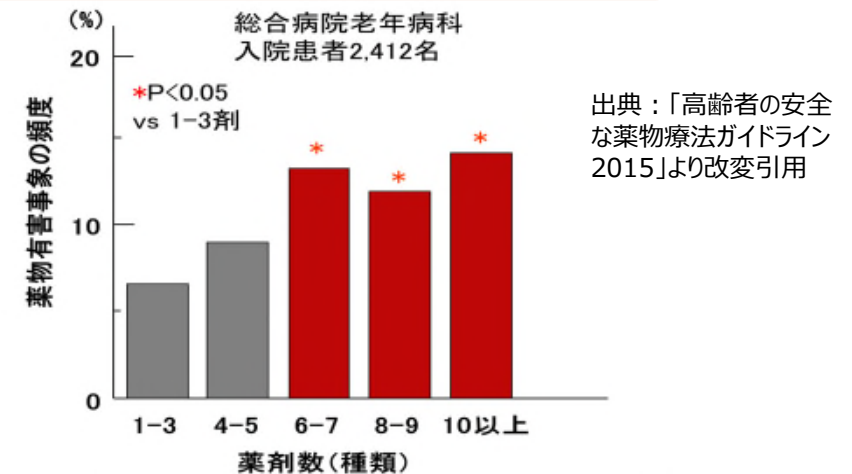
中 医 協 総 - 1
3 1 . 4 . 2 4

- ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（**多剤服用の中でも害をなすもの＝ポリファーマシー**）
- ①新たな医療機関の受診による服用薬の積み重ね、②薬物有害事象に薬剤で対処し続ける「処方カスケード」の発生、によりポリファーマシーが形成される可能性がある
- 高齢者では6種類以上の投薬で有害事象の発生増加に関連したというデータがある
- 75歳以上の高齢者が1ヶ月間に1つの医療機関から処方される薬剤種類数は、約25%で7種類以上、40%以上で5種類以上

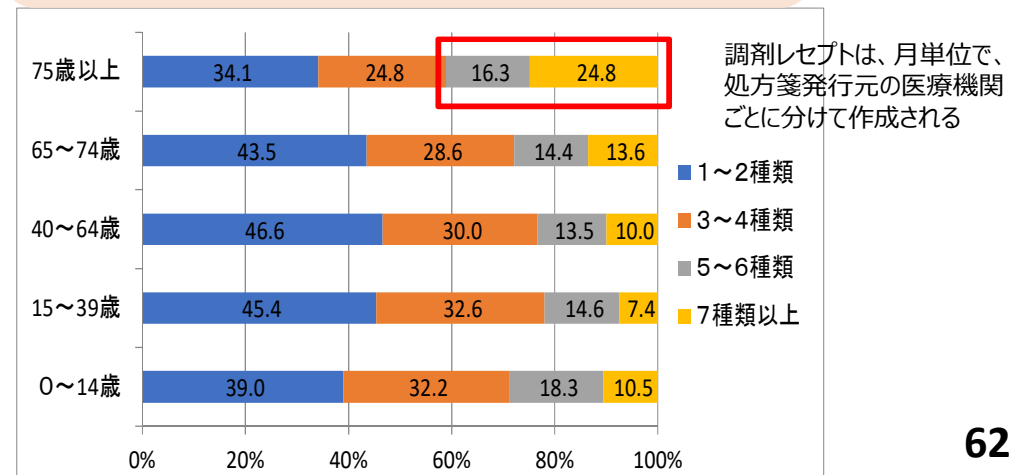
1 ポリファーマシーが形成される事例※1



2 服用薬剤数と薬物有害事象の頻度※1



3 調剤レセプト1件あたりの薬剤種類数※2



※1 出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編（2018年5月厚生労働省）に基づき医療課が作成

※2 出典：平成28年社会医療診療行為別統計に基づき医療課が作成

令和 2 年度診療報酬改定に向けた議論の概要

※令和元年 7 月 24 日 総－ 3「令和 2 年度診療報酬改定に向けた議論（1 ラウンド）の概要」より抜粋

【主な意見】

- 高齢化に伴い処方薬の種類数が増加するのは自然であり、また、かかりつけ医が他院の処方薬を引き継いだ場合でもその種類数が増加する。処方箋 1 枚当たりの医薬品の種類数に着目した減算は、見直す必要があるのではないかと。
- 外来時におけるポリファーマシーについては、複数の診療科や医療機関を受診する患者の場合、かかりつけ医や薬局との連携が重要である。
- 外来時におけるポリファーマシーへの対策として、複数の診療科や医療機関から医薬品を処方されている場合に、薬局が一元管理している服薬情報を医療機関に提供することが処方内容の見直しのきっかけに繋がるのではないかと。
- 入院時におけるポリファーマシーへの取組として、医療機関では多職種が時間をかけて対応している。中でも病院薬剤師の役割は重要である。
- 処方箋 1 枚当たりの種類薬の制限や 2 剤の減薬はポリファーマシーの根本的な解決になっていない。多職種連携による定期的な処方内容の確認といった服薬管理の推進について検討する必要があるのではないかと。
- 複数の医療機関を受診する場合のポリファーマシーが問題であり、かかりつけ医が一元的に服薬の状況を管理できることが望ましい。

入院、外来、在宅医療における特徴

- 入院中は処方の一元的な管理、処方変更後の患者の状態の多職種による確認が可能（外来では処方内容の把握や処方変更後の状態の確認が容易ではない。）。
- 入院から外来や在宅への移行時には、薬剤の変更理由、変更後の状態等のかかりつけ医や薬剤師への引継ぎが重要。
- 各療養に共通で①患者や家族の意向の確認・尊重、②高齢者での非薬物的対応、③多職種の連携は重要。

1. 処方内容の把握、処方変更後の状態の把握 ※「高齢者の医薬品適正使用の指針」を踏まえて作成

	処方内容の把握・管理等	処方変更後の状態の確認	入院から外来・在宅医療への移行時の留意点
入院	入院中は処方を一元的に管理	多職種による患者の状態の確認が可能	
外来	定期的・継続的に外来通院する患者であっても、他院での治療・処方経過が都度報告されるとは限らない ⇒定期的な確認が必要	容易ではない	① 薬剤の変更・中止の理由、処方変更後の患者の状態等について、退院時カンファレンス、診療情報提供書等により、地域のかかりつけ医や薬剤師に引き継ぐ ② 地域のかかりつけ医は、退院後の生活に合わせた処方を検討する
在宅医療	外来通院時よりも把握が容易	在宅訪問時に確認が可能	等
特別養護老人ホームなど （常勤医師：いない）	施設スタッフが服薬支援を行っており把握が容易	介護・介護職等により確認が可能	入所中に薬剤の変更、中止が行われた場合には、その理由や変更後の病態について、地域のかかりつけ医や薬剤師に情報提供する等
介護老人保健施設など （常勤医師：いる）	入所中は一元的に管理	多職種による患者の状態の確認が可能	

2. 各療養環境に共通する留意点 ※「高齢者の医薬品適正使用の指針」を踏まえて作成

- **ACPが実践されている場合における薬物療法の適正化**：患者や家族の意向を確認・尊重することが重要
- **非薬物的対応の重要性**：高齢者の療養環境では、薬物療法以外の手段による疾病の予防と治療、健康増進も重要
- **多職種の役割、連携**：地域包括ケアを担う医療・介護を担う関係者での情報共有や連携が重要

医療機関における減薬に関する取組の評価

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>

	届出医療機関数	算定回数		
		H28	H29	H30
薬剤総合評価調整加算		1,640	1,808	2,848
薬剤総合評価調整管理料	(届出不要)	11,004	4,902	5,612
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算		956	516	593

ポリファーマシー解消に向けた取組例①（東京大学医学部附属病院）

- 入院時に持参薬評価テンプレートを用いて薬剤師がポリファーマシーのスクリーニングを行い、医師が処方薬剤の調整を検討している事例がある。

■ 持参薬評価テンプレート

薬剤総合評価
入院時に6種類以上の内服薬を服用しており、かつ下記の1つ以上の項目に該当する場合は、医師とともに多剤併用に際する薬剤調整の必要性について特に協議する。

薬剤調整に関する検討の必要性 ☒あり ☐なし ☐未選択

入院時の内服薬剤数 12 (種類)
(頓服薬や服用4週間未満の内服薬を除き、同一銘柄は1種類と計算)

☐あり ☒なし ☐未選択
患者や家族から服薬困難の訴えや薬剤調整の希望あり

☐あり ☐なし ☐未選択
65歳以上で、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」に該当する薬剤あり

☐あり ☐なし ☐未選択
服薬管理能力の低下あり(認知力低下や視力障害、難聴、手指の機能障害など)

☐あり ☐なし ☐未選択
同効薬の重複投与の観点から、多剤併用に際して検討対象となる薬剤あり

☐あり ☐なし ☐未選択
効果や副作用の観点から、多剤併用に際して検討対象となる薬剤あり

☐あり ☐なし ☐未選択
薬物相互の観点から、多剤併用に際して検討対象となる薬剤あり

☐あり ☐なし ☐未選択
患者の疾患や肝・腎機能などの観点から、多剤併用に際して検討対象となる薬剤あり

上記該当項目に関する詳細

・ 錠が「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」に該当します。
・ 昼食後服用薬の飲み忘れが多いようです。
・ 他院より下肢の掻痒感に対し錠が処方されていますが、現在症状は無いとのことです。

入院時に**6種類以上**^{注)}服用しておりかつ**7つの評価項目のいずれかに該当**する場合は、薬剤調整に関する検討の必要性ありとする。

注) 先行して当該テンプレートの運用を開始していた一部の診療科を除き、**10種類以上**服用している患者が対象

7つのスクリーニング評価項目

- ① 薬剤調整希望あり
- ② 65歳以上で高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015に該当あり
- ③ 薬剤管理能力の低下
- ④ 薬効重複
- ⑤ 効果や副作用の観点
- ⑥ 薬物間相互作用
- ⑦ 疾患や肝・腎機能の観点

具体的な処方提案など詳細を記載

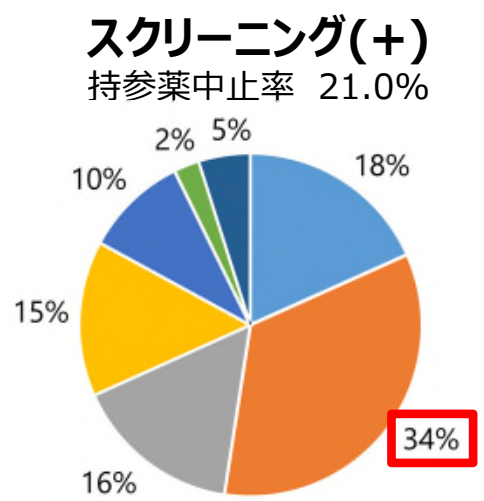
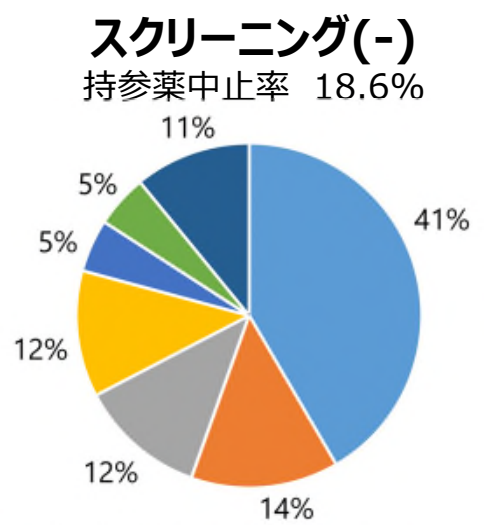
ポリファーマシー解消に向けた取組例①（東京大学医学部附属病院）

- 6種類以上の薬剤を服用する患者に対し、薬剤師がスクリーニングを行い、医師が処方薬剤の調整を検討すると、スクリーニングを行わない群と比較し退院時薬剤数が減少した。2剤以上減少率は約45%であった。
- スクリーニングを行った群では、持参薬の中止理由は、「必要性の見直し」の割合が最も多かった。

■ 薬剤師のスクリーニングと処方への影響

	全体	5剤以下または スクリーニング(-)	6剤以上 スクリーニング(-)	6剤以上 スクリーニング(+)
患者数	143	105	41	38
性別（男／女）	76/67	52/53	24/17	24/14
年齢	66.5±15.9	63.6±16.1	63.4±14.6	74.3±12.2
入院時薬剤数	6.5±4.1	5.2±3.5	8.8±2.5	10.3±3.2
退院時薬剤数	6.3±3.9	5.4±3.5	8.6±3.0	<u>9.0±3.6</u>
2剤以上減少率	—	6.7%	12.2%	<u>44.7%</u>

■ 持参薬の中止理由



- 同効薬への切り替え
- 必要性の見直し**
- 症状・検査値改善
- 副作用疑い
- 院内採用薬への切り替え
- リスク回避
- 不明

特に慎重な投与を要する薬剤

中 医 協 総 - 3
27. 11. 6 (改)

- 高齢者に対し、特に慎重な投与を要する薬剤について国内外で指針等がまとめられている。
- 高齢者に投与する薬剤を指針を用いて検討することは、ポリファーマシーを防止し、薬物療法の安全性をより確保するために有用である。

Beers Criteria 2019 (米国)

- ・ 高齢者に対する医薬品の潜在的な不適切使用に伴う有害事象を減少させるための基準（一覧表）。
- ・ 1991年にBeersによって公表され、以降、米国の老年医学分野において広く活用されている。

STOPP / START ver.2 2015 (欧州)

- ・ STOPP (Screening Tool of Older person's Potentially inappropriate Prescriptions)は、高齢者に対する処方として不適切な薬剤のスクリーニング手段として用いられる（一覧表）。
- ・ START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) は、特定の状態にある高齢者に対する処方として考慮されるべき薬剤を列挙している（一覧表）。

高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会)

- ・ 高齢者における薬物有害事象を防ぐための一般的注意点や系統別指針を明記。その中の主要薬剤は、「特に慎重な投与を要する薬物リスト」として列挙（一覧表）。
- ・ 薬物有害事象のハイリスクグループである75歳以上の高齢者及び75歳未満でもフレイル～要介護状態の高齢者を対象とし、処方見直しのためのスクリーニングツールとしてフローチャートに従って使用する。個々の病態と生活機能、生活環境、意思、嗜好などを考慮して判断する。

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）

- ・ 診療や処方の際の参考情報を提供することを意図して作成し、処方時に注意を要する薬剤を列挙（一覧表）。
- ・ 薬物有害事象の回避など高齢者の薬物療法の適正化を目指し、高齢者の特徴に配慮したより良い薬物療法を実践するための基本的留意事項をまとめたガイダンス。

出典：

- ・ By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019 Apr;67(4):674-694.
- ・ D. O'Mahony, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015 Mar; 44(2): 213-218.
- ・ 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会)
- ・ 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）（厚生労働省 2018年5月）

ポリファーマシー解消に向けた取組例②（国立長寿医療研究センター）

○ 入院患者に対し、医師、薬剤師、看護師等の多職種で連携し、ポリファーマシー解消の活動を実施している事例がある。

■ 高齢者薬物療法適正化チームの活動の流れ

参加職種：医師（老年内科、循環器内科、リハビリ科）、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士

入院

患者スクリーニング

薬剤師が持参薬鑑別や患者面談により多剤・重複投薬、PIM該当患者をピックアップ

情報
収集

情報収集

現病歴、併存疾患、社会的問題、身体機能・生活等、フレイル評価、認知機能、嚥下機能、食事、睡眠、排泄、薬歴・服薬管理に関する詳細な聴取、薬物有害事象の評価など

カンファレンス

多職種によるカンファレンス

各職種から収集した情報を集約し、チームとして処方医への意見をまとめる

処方の
適正化

処方医へのフィードバック

処方医へカンファレンス内容を伝達し、処方医は処方内容を検討

チームにて
経過観察

経過観察

チーム内での処方変更に関する経過観察及び病棟ラウンド

退院

退院時の情報提供

主治医およびチームからの退院時の情報提供

■ チームからの提案内容（総合的な処方見直し）

削減候補薬の選定

- 削減の優先順位の提案：薬物有害事象の被疑薬、PIM※など
- すべての処方薬について処方意図を考慮しつつ、必要性が低ければ削減を提案

過小医療にする提案

- 投与する必要性が高いが投与されていない場合に処方提案

服薬支援

- 正しく服薬できるよう服薬環境の調整
- 嚥下機能等に基づく剤形変更の提案

非薬物療法

- 食事など栄養面からのアプローチや生活指導など

※ PIM:潜在的に不適切な処方

ポリファーマシー解消に向けた取組例②（国立長寿医療研究センター）

○ 国立長寿医療研究センターの事例では、各職種がそれぞれの専門性を発揮して減薬の取組を行っている。

主な役割

医師

- 処方に対する包括的なアプローチ
 - 優先順位の決定、年齢に応じた処方量の変更、エンドオブライフを見据えた治療方針
- 高齢者総合機能評価（認知機能やフレイルなど）
- 他科との連携（院内他科、院外施設など）
- 退院先（在宅、施設）との連携

薬剤師

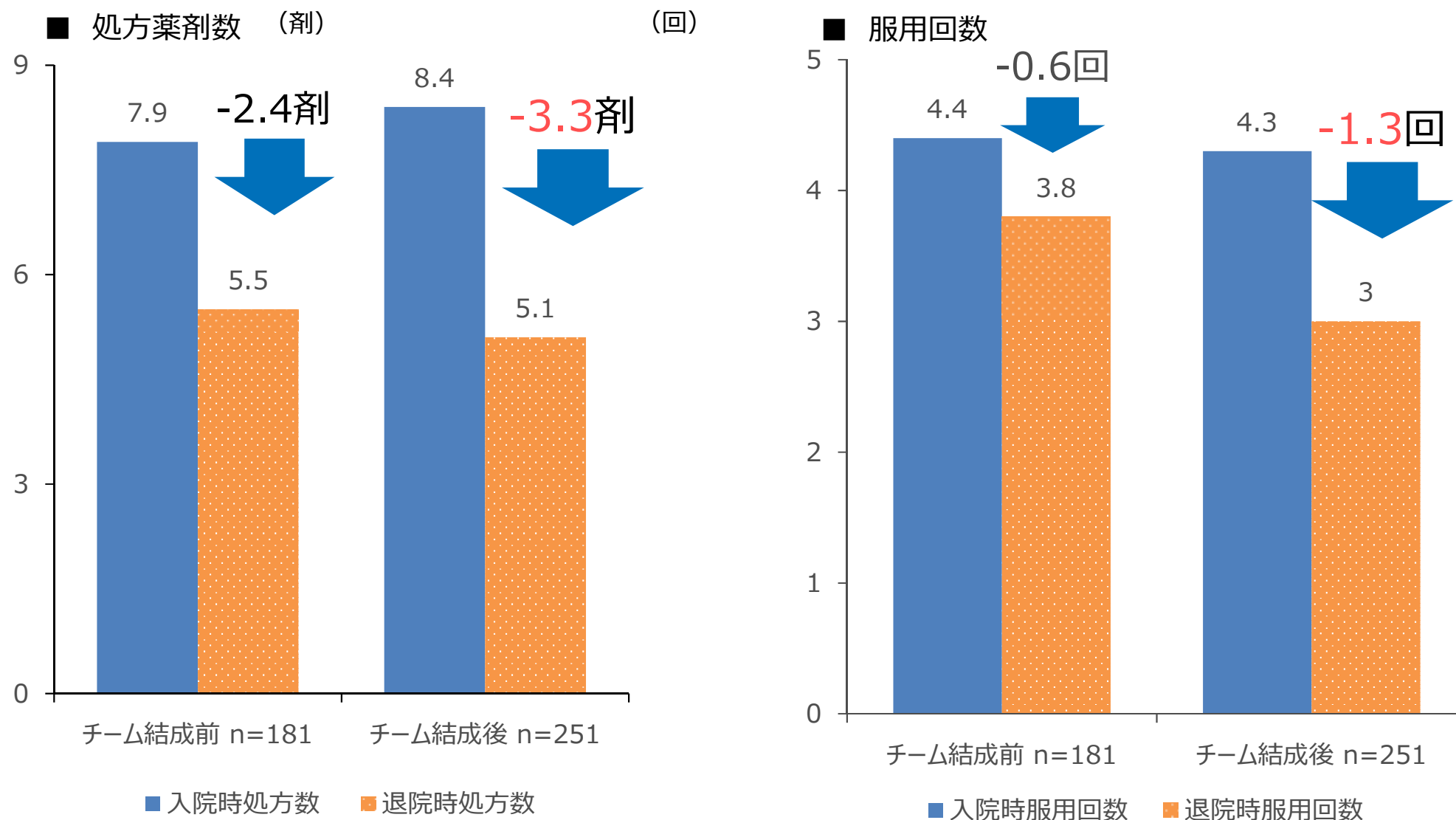
- 患者スクリーニング
- 患者面談
 - 薬歴・服薬管理に関する詳細な聴取
 - 薬物有害事象の評価
- 処方医へのフィードバック
- 減薬に関する経過観察
- 退院時の情報提供

看護師

- 生活環境、社会的背景など患者の生活に密接した関わり
- 服薬に関連した有害事象の観察（バイタルサイン、体重測定など）

ポリファーマシー解消に向けた取組例②（国立長寿医療研究センター）

- 高齢者薬物療法適正化チームを結成し、多職種による連携が強化された結果、入院前と比較した退院時の処方薬剤数、服用回数の減少幅が大きくなった。



※ 高齢者薬物療法適正化チーム結成前後3ヶ月で比較 整形外科、リハ科、高齢総合科の患者対象に調査

ポリファーマシー解消に向けた取組例②（国立長寿医療研究センター）

- 退院時の地域の医療機関や薬局への情報提供として、医療機関に対しては診療情報提供書が、患者や薬局に対しては退院時薬物療法サマリーがそれぞれ活用されている。

診療情報提供書

診療情報提供書	
高齢者薬物療法適正化チーム	
平成29年12月1日	
〇〇クリニック 先生 御侍史	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 〒474-8511 愛知県大府市森岡町七丁目430番地 TEL (0562) 46-2311(代表) 高齢者薬物療法適正化チーム 荒井 秀典 担当薬剤師 清神 文博
下記の方の処方内容の変更についてご連絡申し上げます。	
患者氏名:	生年月日: 昭和〇〇年〇月〇日(〇歳)
患者住所:	
現病歴	
併存疾患	
ADL等	
服薬管理	
検討内容:	
退院後処方:	
中止薬(理由)	

退院時薬物療法サマリー

長寿 太郎様			担当薬剤師		長寿花子	
入院目的	食欲不振・脱水		性別	男性	身長(cm)	150
入院期間	2016年4月6日	～	2016年5月6日		体重(kg)	40
検査値	Alb	1.5	食事形態		普通食	
	AST	23	日常生活自立度		B1	
	ALT	123	認知機能: MMSE		24/30	
	BUN	26	排便		センノシド 2日おき	
	SCr	0.6	睡眠		マイスリー 使用	
	eGFR	25.2	内服投与方法		経口	
	Na	145	管理方法		お薬BOX	
	K	5.1	調剤方法		1包化	
			管理者		その他()	
			介護度		要介護1	
薬物有害事象		アモバンによる 食欲不振、アムロジピンによる 低血圧				

変更薬	アムロジピン5mg中止、アモバン7.5mg中止
変更理由	低血圧と食欲不振が薬物によるものと考えアムロジピンとアモバン錠を中止した。経過観察を行い良好であった。
コメント	本人管理で行っているが、カレンダーへのセットができないため家族に協力を要請しています。近医(〇〇クリニック)に紹介となるため経過観察のご協力をよろしくお願い申し上げます。

【変更理由】

低血圧と食欲不振が薬物によるものと考えアムロジピンとアモバン錠を中止した。経過観察を行い良好であった。

退院時の薬剤情報の情報提供に関する診療報酬上の評価について

- 退院時の薬剤情報の提供については、診療情報提供料（Ⅰ）や退院時薬剤情報管理指導料で評価されている。
- 退院時薬剤管理指導料については、お薬手帳に必要な事項の記載を行うものの、情報提供を薬局に直接行うことを想定したものとはなっていない。

項目名	情報提供先	算定要件（主なもの）
B 0 0 9 診療情報提供料(Ⅰ)	医療機関等 ※薬局は在宅移行時	・保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、<u>診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。</u> ・保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、<u>当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。等</u>
B 0 1 4 退院時薬剤情報管理指導料	患者	保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して<u>当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に 1 回に限り算定する。</u>

入院時のポリファーマシー解消（退院時の連携）に関する現状・課題、論点（案）

【現状・課題】

- 入院中は処方の一元的な管理、処方変更後の患者の状態の確認が可能。
- 入院から外来や在宅医療への移行時には、薬剤の変更理由、変更後の状態等を地域のかかりつけ医や薬剤師に引き継ぐことが重要。
- 診療報酬上は、入院前に6種類以上の内服薬を服薬する患者について、退院時に処方薬剤数が2種類以上減少した場合等を評価している。
- 入院時に①薬剤師によるスクリーニング結果を踏まえた医師の処方薬剤の調整、②多職種で連携、により対応している事例がある。
- 高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬剤が、国内外でガイドライン等がまとめられている。
- 退院時の薬剤情報の提供については、診療情報提供料（Ⅰ）、退院時薬剤情報管理指導料で評価されている。ただし、退院時薬剤管理指導料は、薬局への直接の情報提供を想定したものではない。

【論点】

- 入院時は、処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であり、処方薬剤の総合調整の好機。2種類以上の減薬が行われた場合について評価しているが、入院時の処方の総合調整の取組をさらに推進する観点から、減薬の結果だけでなく、総合評価し調整する取組自体について、評価することを検討してはどうか。
- 退院時に処方薬の変更や中止の理由等を地域で共有する取組を推進するため、医療機関から薬局への情報提供を行う取組について、評価することを検討してはどうか。

- (1) 重複投薬
- (2) 入院時のポリファーマシー対策 (退院時の連携)
- (3) バイオ後続品

バイオ後続品の定義

- バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下、「先行バイオ医薬品」という。）と**同等／同質**の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品である。

先行バイオ医薬品との同等性／同質性とは

- 「同等性／同質性」とは、先行バイオ医薬品に対して、バイオ後続品の品質特性がまったく同一であるということ并不意味着、品質特性において類似性が高く、かつ、**品質特性に何らかの差異があったとしても、最終製品の安全性や有効性に有害な影響を及ぼさない**と科学的に判断できることを意味する。

薬価収載されているバイオ後続品一覧

(2019年5月末時点)

	一般名	先行バイオ医薬品名	主な適応症・薬効 投与期間
1	ソマトロピン	ジェノトロピン	成長ホルモン分泌不全性低身長症 長期間の投与が必要となりうる
2	エポエチン アルファ	エスポー	腎性貧血 長期間の投与が必要となりうる
3	フィルグラスチム	グラン	好中球数増加促進 好中球数等をみて投与の継続を判断する
4	インフリキシマブ	レミケード	リウマチ・炎症性腸疾患 長期間の投与が必要となりうる
5	インスリン グラルギン	ランタス	糖尿病 長期間の投与が必要となりうる
6	リツキシマブ	リツキサン	リンパ腫 最大12回まで投与を行う
7	トラスツズマブ	ハーセプチン	乳癌・胃癌 比較的長期間の投与が必要となりうる
8	エタネルセプト	エンブレル	関節リウマチ・若年性特発性関節炎 長期間の投与が必要となりうる
9	アガルシダーゼ ベータ	ファブラザイム	ファブリー病 長期間の投与が必要となりうる

先行バイオ医薬品とバイオ後続品の薬価一覧

(2018年12月14日現在)

	一般名	主な適応症・薬効	共通の規格	先行バイオ 医薬品薬価	バイオ後続品 薬価	価格差	対先行バイオ 医薬品薬価
1	ソマトロピン	成長ホルモン分泌不全性低身長症	5.33mg 1 筒※ 5mg 1 筒※	27,299	17,281	-10,018	63.3%
			12mg 1 筒※ 10mg 1 筒※	67,173	32,949	-34,224	49.1%
2	エポエチン アルファ	腎性貧血	750国際単位0.5mL 1 筒	574	422	-152	73.5%
			3000国際単位2mL 1 筒	1,581	1,186	-395	75.0%
3	フィルグラスチム	好中球数増加促進	75μg 0.3mL 1 筒	7,536	4,069	-3,467	54.0%
			150μg 0.6mL 1 筒	15,091	6,497	-8,594	43.1%
			300μg 0.7mL 1 筒	18,580	10,163	-8,417	54.7%
4	インフリキシマブ	リウマチ・炎症性腸疾患	100mg 1 瓶	80,426	50,042	-30,384	62.2%
5	インスリン グラルギン	糖尿病	300単位 1 筒	1,431	915	-516	63.9%
			300単位 1 キット	1,936	1,481	-455	76.5%
6	リツキシマブ	リンパ腫	100mg 10mL 1 瓶	32,212	22,553	-9,659	70.0%
			500mg 50mL 1 瓶	157,855	110,498	-47,357	70.0%
7	トラスツズマブ	乳癌・胃癌	60mg 1 瓶	19,547	13,683	-5,864	70.0%
			150mg 1 瓶	45,512	31,858	-13,654	70.0%
8	エタネルセプト	(バイアル) ・関節リウマチ ・若年性特発性関節炎	10mg 1 瓶	6,472	3,697	-2,775	57.1%
			25mg 1 瓶	15,944	9,099	-6,845	57.1%
		(シリンジ、ペン) ・関節リウマチ	25mg 0.5mL 1 筒	15,746	9,249	-6,497	58.7%
			50mg 1.0mL 1 筒	31,069	18,134	-12,935	58.4%
			50mg 1.0mL 1 キット	31,252	18,190	-13,062	58.2%
9	アガルシダーゼ ベータ	ファブリー病	5mg 1 瓶	129,964	83,921	-46,043	64.6%
			35mg 1 瓶	726,768	469,292	-257,476	64.6%

※共通する規格が無い場合、先行バイオ医薬品と最も類似する規格を選択した

バイオ後続品使用による薬剤費軽減の例①

数値は試算値

一般名 (分類)	主な使用例	(上段) 先行バイオ 医薬品薬価 (下段) バイオ後続 品薬価	試算	
			使用条件	(上段) 先行バイオ医薬品の 薬剤費 (下段) バイオ後続品使用に よる薬剤費軽減額※
フィルグラスチム (G-CSF)	乳癌化学療法 における好中球減 少症への使用	75 μ gシリンジ 7,536円 4,069円	1クール2回 75 μ g ^{*1}	4クール 60,288円 約27,700円軽減
インスリン グラルギン (インスリン類)	糖尿病	300単位1筒 1,431円 915円	毎日 20単位 ^{*2}	1か月 2,862円 約1,000円軽減
エタネルセプト (TNFR-Fc)	関節リウマチ、 若年性特発性関節 炎	25mg1筒 15,746円 9,249円	週2回 25mg ^{*3}	1か月 125,968円 約51,976円軽減

【使用条件の補足】

*1：好中球減少症の患者（150cm、45kg）に対し、1クールで75 μ gを2回、初回から4クールで計8回投与したと仮定

*2：糖尿病の患者に対し、1日20単位、1か月で30回投与したと仮定

*3：関節リウマチの患者に対し、25mgを週に2回、1か月に計8回投与したと仮定

※薬剤費軽減額（100円未満は切り捨て、2018年8月時点の薬価で計算）

バイオ後続品の使用割合

中 医 協 総 - 4 - 1
元 . 6 . 2 6

- 平成28年度のNDBオープンデータでは、バイオ後続品の使用割合（数量ベース）は、エポエチン、フィルグラスチム（G-CSF）で高かった（エポエチン：約67%、フィルグラスチム：約66%）。

＜補足＞人工透析等で使用されるエポエチンについて（包括分）

- 血液透析等で「人工腎臓」（J038）を算定する場合、エポエチンの薬剤料は包括されているが、NDBのデータでは包括分の使用量は含まれない。
- 公表されているエポエチンのバイオ後続品の販売量（包括分を含む）を踏まえると、実際のバイオ後続品の使用割合はNDBのデータから算出した割合よりも大きいことが示唆される。

① エポエチンのバイオ後続品を販売する企業の公表資料※¹における平成28年度の販売実績額：約60億円

② NDBのオープンデータでのエポエチンの使用量（約24万筒）と平成28年当時の薬価に基づく薬剤費※²：約4億円

※¹ 平成28年度のキッセイ薬品工業株式会社の決算補足資料 ※² 汎用規格（3,000国際単位）の薬価（先発品：1,800円、バイオ後続品：1,371円）を基に推計

表2 バイオシミラーの件数とシェア（平成28年4月～平成29年3月診療分）

一般名	入院		外来(院内)		外来(院外)		合計	
	BS	先行品	BS	先行品	BS	先行品	BS	先行品
ソマトロピン	0	0	29,111	109,812	5,620	89,203	34,731	199,015
			21.0%	79.0%	5.9%	94.1%	14.9%	85.1%
エポエチン	72,590	45,275	88,120	35,884	0	0	160,710	81,158
	61.6%	38.4%	71.1%	28.9%			66.4%	33.6%
フィルグラスチム	434,436	227,764	133,305	68,245	1,228	1,377	568,969	297,386
	65.6%	34.4%	66.1%	33.9%	47.1%	52.9%	65.7%	34.3%
インフリキシマブ	2,865	70,506	23,944	864,755	0	0	26,810	935,261
	3.9%	96.1%	2.7%	97.3%			2.8%	97.2%
インスリングルルギン	135,781	163,763	409,591	762,435	1,380,200	3,190,739	1,925,572	4,116,936
	45.3%	54.7%	34.9%	65.1%	30.2%	69.8%	31.9%	68.1%
合計	645,672	507,307	684,071	1,841,131	1,387,048	3,281,319	2,716,791	5,629,757
	56.0%	44.0%	27.1%	72.9%	29.7%	70.3%	32.5%	67.5%
処方フィールドのシェア	13.8%		30.3%		55.9%		100%	

出典：国際医薬品情報（2019年1月14日通巻第1121号）バイオシミラー使用促進のための診療報酬制度についての考察（坂巻 弘之）

ソマトロピン：成長ホルモン製剤、
エポエチン：赤血球増殖因子製剤、
フィルグラスチム好中球増殖因子製剤、
インフリキシマブ：リウマチ・炎症性腸疾患等に対する生物学的製剤、
インスリングルルギン：持効型インスリン製剤

出所：厚生労働省「第3回NDBオープンデータ」をもとに作成(件数)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00002.html

注：ソマトロピンは、ジェノトロピンに対するシェア。

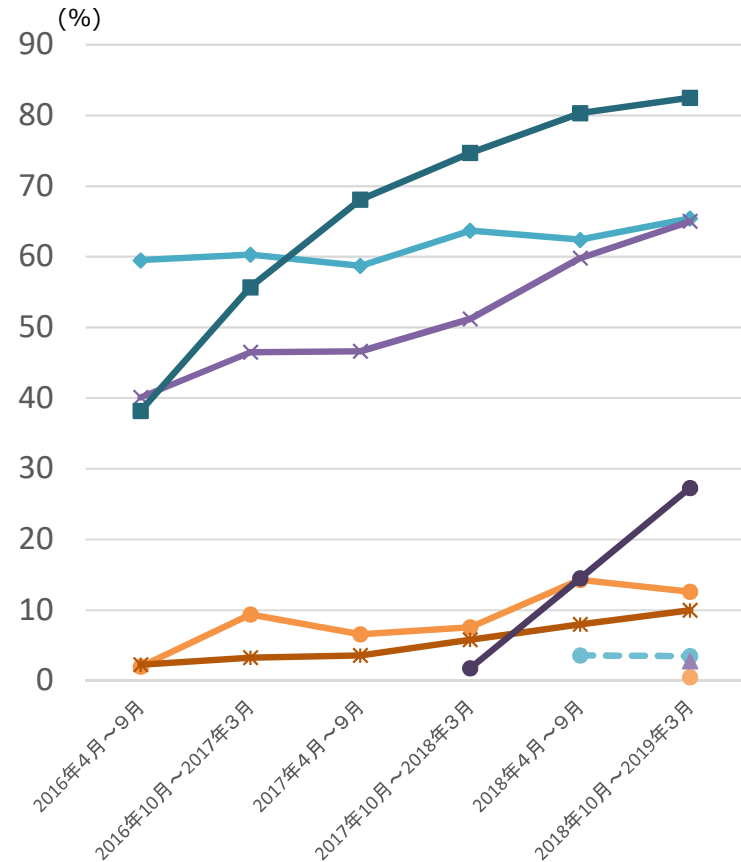
インスリングルルギンの先行品に「ランタスXRソロスター」は含まない。

処方フィールドのシェアとは、処方件数の入院、外来(院内)、外来(院外)別の内訳(先行品、BS合計)。

バイオ後続品の使用割合の推移

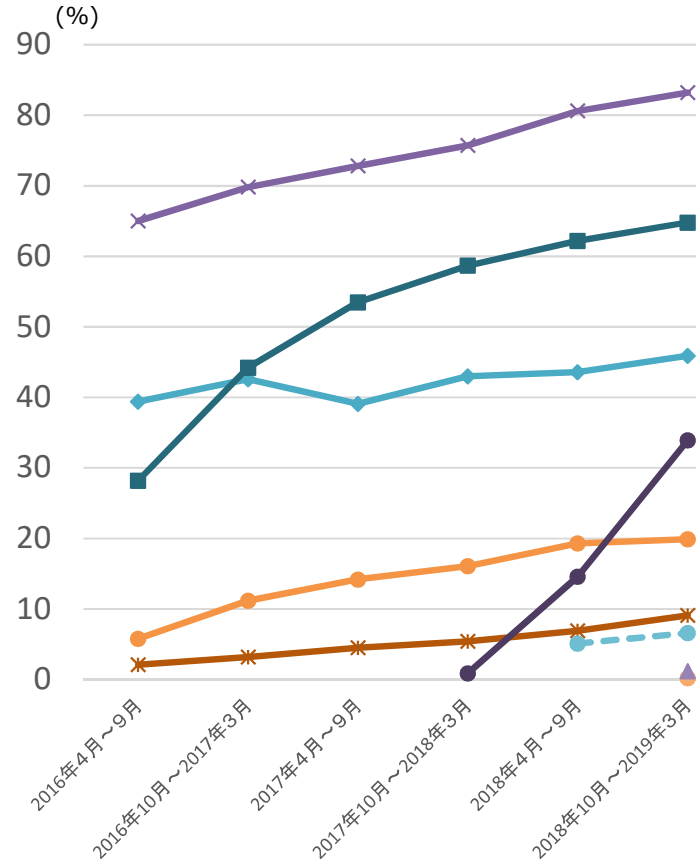
- バイオ後続品の使用割合は、製剤によってばらつきがあるが、増加傾向にある。
- 入院ではインスリングルガンの後続品の使用割合が約80%で最も高かった。入院外ではフィルグラスチムの後続品の使用割合が約80%で最も高く、調剤ではフィルグラスチム及びインスリングルガンの後続品の使用割合が約80%で最も高かった。

医科入院



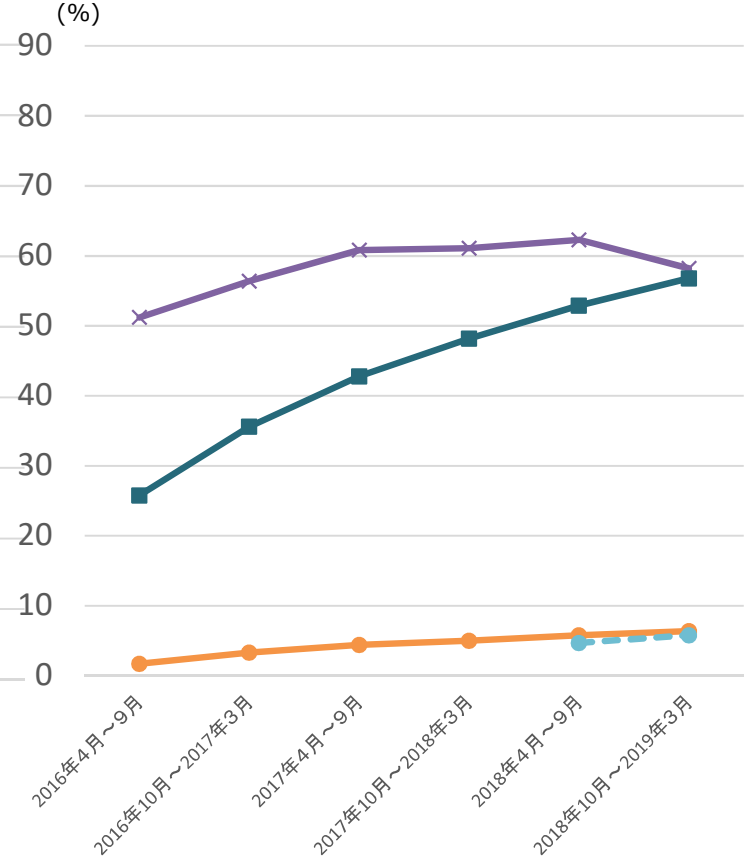
ソマトロピン
 フィルグラスチム
 インスリングルガン
 トラストズマブ
 エポエチナルファ
 インフリキシマブ
 リツキシマブ
 エタネルセプト
 アガルシダーゼベータ

医科入院外



ソマトロピン
 フィルグラスチム
 インスリングルガン
 トラストズマブ
 エポエチナルファ
 インフリキシマブ
 リツキシマブ
 エタネルセプト
 アガルシダーゼベータ

調剤



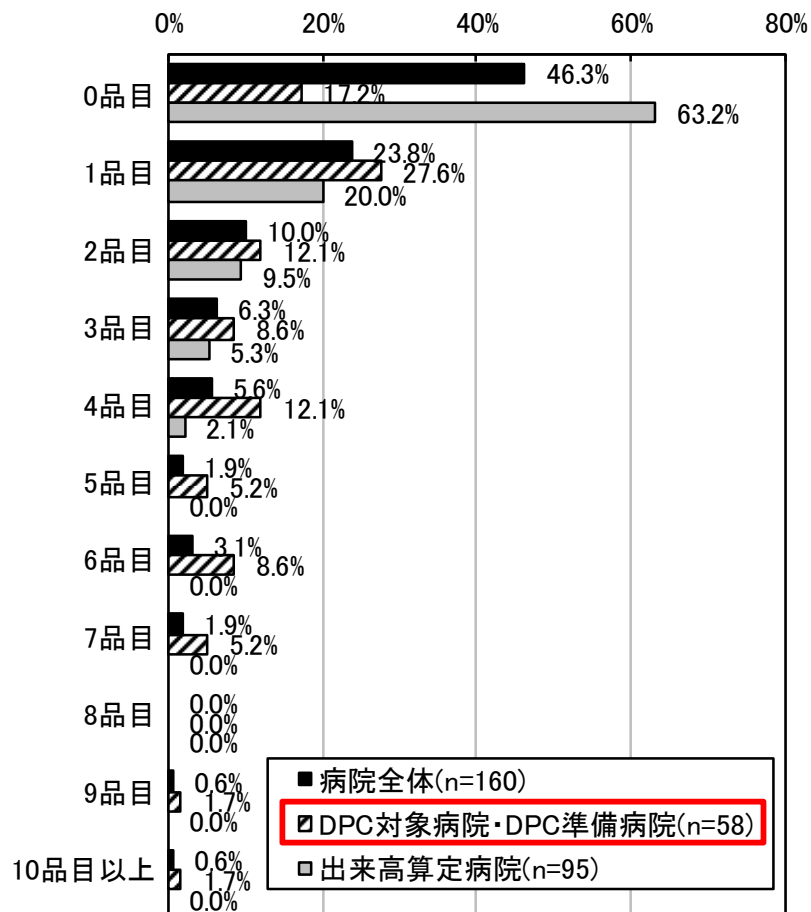
ソマトロピン
 フィルグラスチム
 インスリングルガン
 トラストズマブ
 エポエチナルファ
 インフリキシマブ
 リツキシマブ
 エタネルセプト
 アガルシダーゼベータ

バイオ後続品の備蓄状況

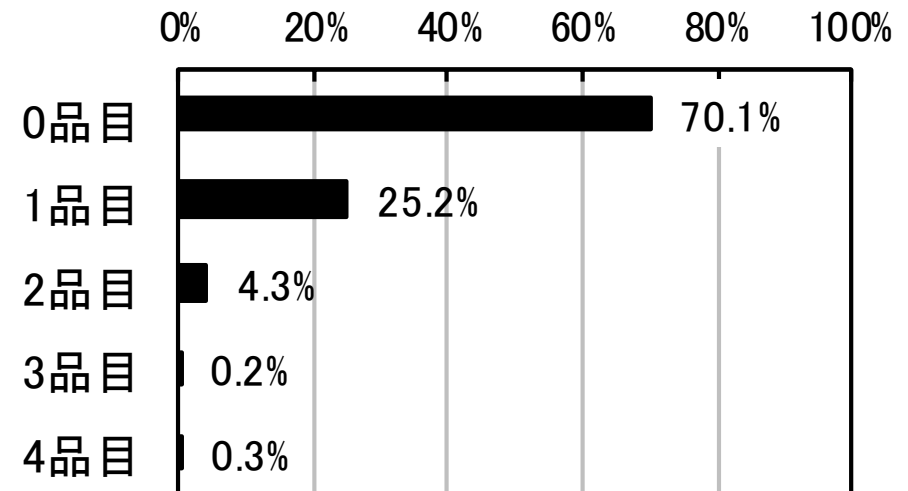
中医協 総－４－１
元．６．２６

- 病院では約54%でバイオ後続品を備蓄していた。一方、薬局では約30%でバイオ後続品を備蓄していた。
- 病院ではDPC対象病院・DPC準備病院で相対的に備蓄している割合が高く、また、備蓄品目数も多かった。

◆ 病院におけるバイオ後続品の備蓄品目数の分布(DPC対応状況別)



◆ 薬局におけるバイオ後続品の備蓄品目数の分布(n=588)



バイオ後続品のあるバイオ医薬品が対象薬剤となっている項目の例

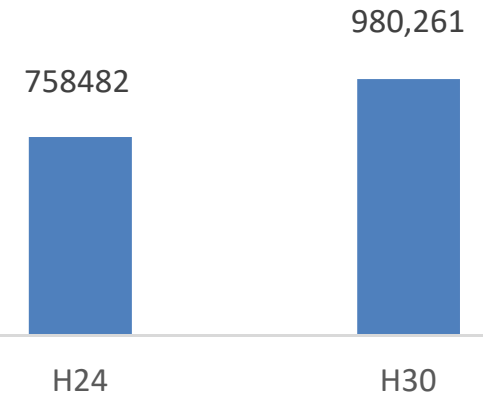
在宅自己注射指導管理料 650点/750点/1230点

○ 自己注射を行っている患者に対する自己注射に関する指導管理を評価。

【対象となる注射薬】

インスリン製剤、性腺刺激ホルモン製剤、ヒト成長ホルモン製剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、性腺刺激ホルモン放出ホルモン製剤、ソマトスタチンアナログ、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、エタネルセプト製剤、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、アリロクマブ製剤ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤

算定回数（6月審査分）



出典：社会医療診療行為別統計

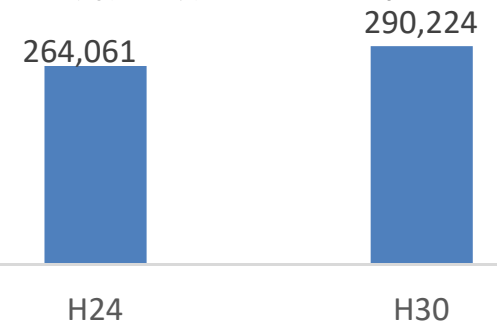
外来化学療法加算 370点～820点

○ 悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等を投与することを評価。

【対象となる注射薬】

腫瘍用薬、インフリキシマブ製剤、トシリズマブ製剤、アバタセプト製剤、ナタリズマブ製剤

算定回数（6月審査分）

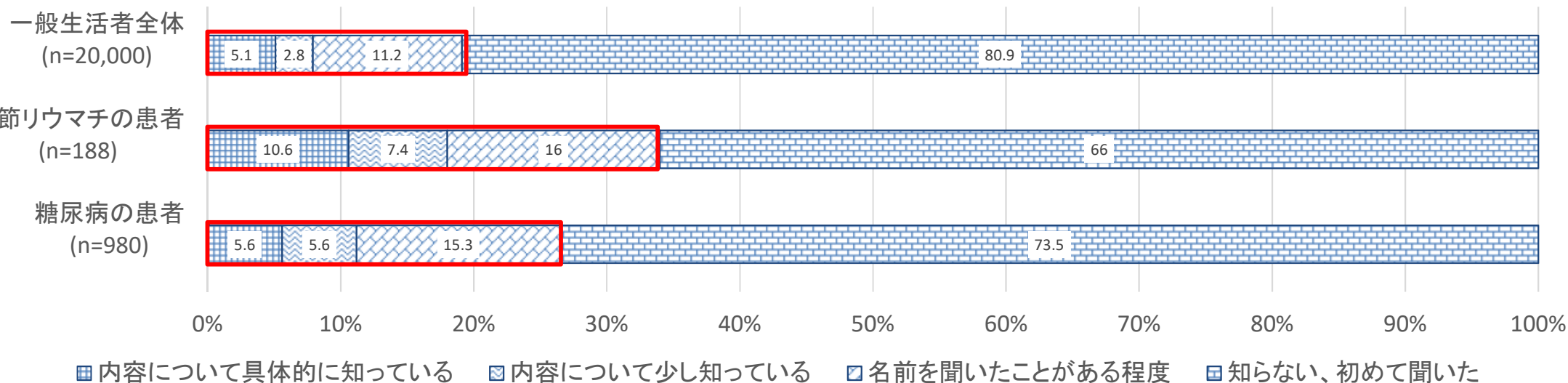


出典：社会医療診療行為別統計

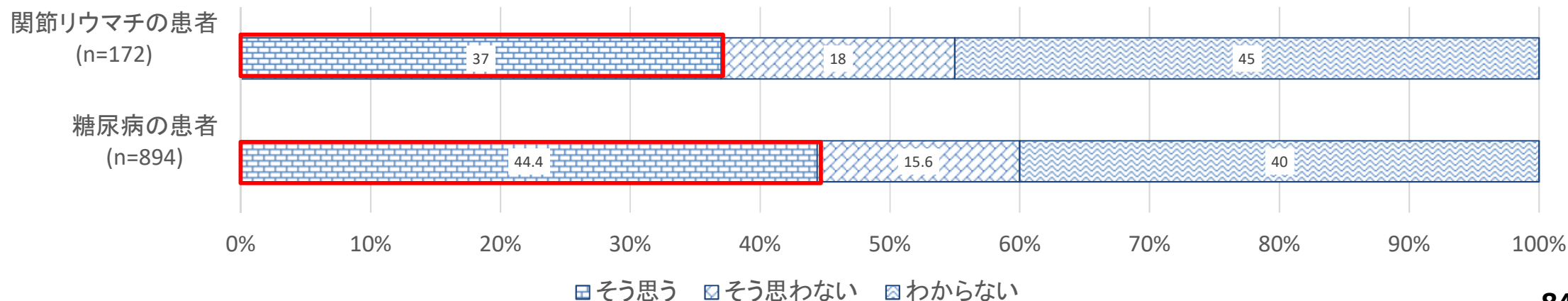
バイオ後続品の認知状況及び使用意向

- バイオ後続品の認知率は、一般生活者全体では19.1%、関節リウマチの患者では34%、糖尿病の患者では26.5%であった。
- 一方、バイオ後続品の使用について、関節リウマチの患者の37%、糖尿病の患者の44.4%が使用したいと回答した。

バイオ後続品の認知度



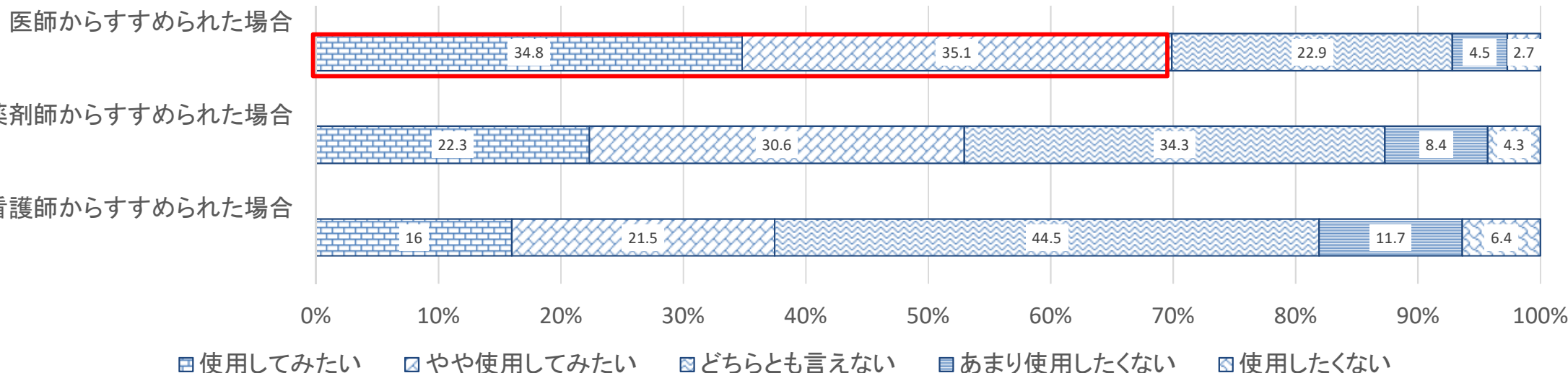
バイオ後続品の使用意向



医師等からすすめられた場合のバイオ後続品の使用意向

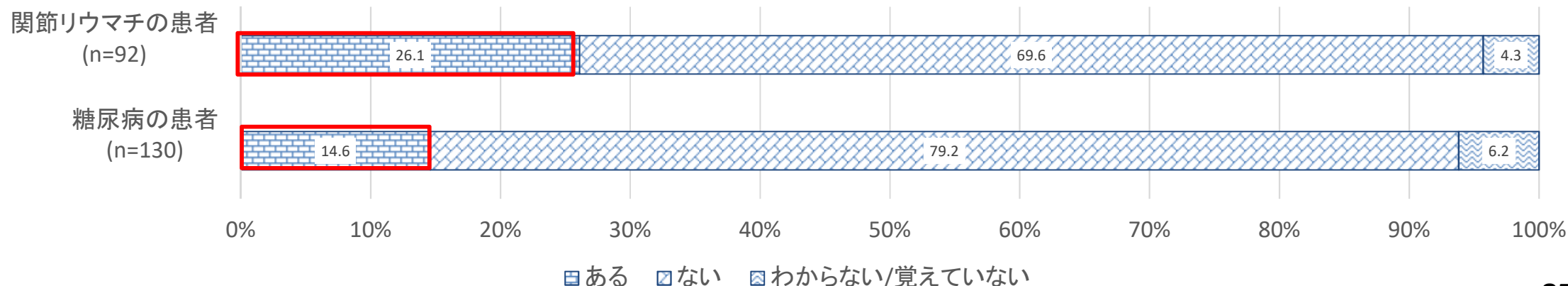
- 関節リウマチ又は糖尿病の患者及び両疾患の家族のうち69.9%が、医師からバイオ後続品をすすめられた場合、「使用してみたい」又は「やや使用してみたい」と回答した。
- 一方、関節リウマチの患者のうち、医師からバイオ後続品の推奨を受けた患者は26.1%であり、糖尿病の患者については、14.6%であった。

医師等からすすめられた場合のバイオ後続品の使用意向



関節リウマチ又は糖尿病の患者及び両疾患の家族2000名を対象に調査

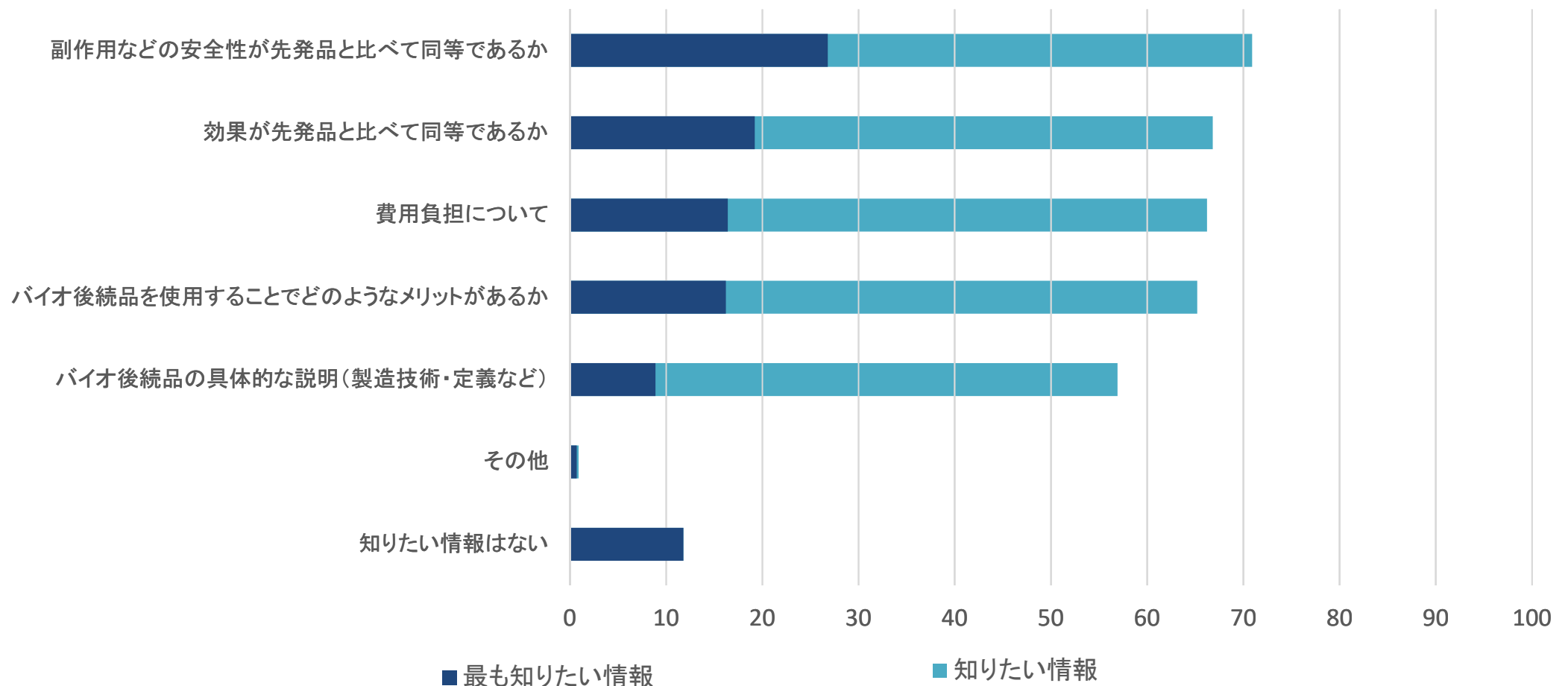
医師からのバイオ後続品の推奨の有無



患者等がバイオ後続品について知りたい情報

- 関節リウマチ又は糖尿病の患者及び両疾患の家族が知りたい情報として、「副作用などの安全性が先発品と比べて同等であるか」が最も多く、次いで「効果が先発品比べて同等であるか」「費用負担について」が多かった。

患者等がバイオ後続品について知りたい情報



関節リウマチ又は糖尿病の患者及び両疾患の家族2000名を対象に調査

出典：厚生労働科学特別研究事業 バイオシミラー使用促進のための課題解決に向けた調査研究 バイオシミラーに関する調査 結果報告書（2017年3月）を元に保険局医療課において作成

バイオ医薬品開発促進事業

背景

- 平成28年12月に4大臣で合意された「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」において、「革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討する」とされている。
- また、平成30年6月15日に閣議決定された経済財政運営と改革の基本方針2018において、「バイオ医薬品の研究開発の推進を図るとともに、バイオシミラーについては、「経済財政運営と改革の基本方針2017」を踏まえ、有効性・安全性等への理解を得ながら研究開発・普及を推進する」とされている。
- そうした中、国内でのバイオ医薬品（バイオシミラーを含む）の製造技術や開発手法を担う人材が不足しており、バイオ医薬品の製造に関わる企業においては、初学者向け・中級者向けの研修に係るニーズがある。また、バイオシミラーについては、その認知度も低く、医療関係者の間でもその位置付けについて議論がある。

概要

- 製薬企業やバイオベンチャーの社員等に対して、バイオ医薬品の製造技術、開発ノウハウ等に関してこれまで開発してきた研究プログラムについて、更なる改善を図るため、検証プログラムの本格的な実施を通じて、その有用性等について検証を行うとともに、更なるニーズについて検討する。
- バイオシミラーの科学的評価、品質等について、医療従事者に対して、正しい理解を広めるため、専門家や医療関係者等によるセミナーや講習会を開催。
- バイオシミラーの科学的評価、品質、価格等に関して、患者・国民に対し普及を図る（セミナー開催、リーフレット作成等）。

厚生労働省

委託



関係学会等

・バイオベンチャー社員、学生等への製造技術、
開発手法の研修実施
・医療従事者、患者向けのセミナー開催、
資材作成 等



**バイオ医薬品の製造技術・開発手法の研修による人材育成
バイオシミラーについて医療関係者及び患者・国民に正しい理解の促進**

技術研修、講習会の開催、医療従事者向けパンフレット・ハンドブック作成、一般向けリーフレット作成 等

バイオ後続品に関する現状・課題と論点（案）

【現状・課題】

- ・ バイオ後続品については、現在9成分が薬価収載されている。
- ・ バイオ後続品のあるバイオ医薬品については、長期間の投与が必要なものがある。
- ・ バイオ後続品の使用割合は、製剤によってばらつきがあるが、増加傾向にある。
- ・ 53.8%の病院、29.9%の薬局において、バイオ後続品を備蓄していた。
- ・ バイオ後続品のあるバイオ医薬品の使用については、在宅自己注射指導管理料や外来化学療法加算において、診療報酬上の評価がされている。
- ・ 一方、バイオ後続品の認知率は、一般生活者全体では19.1%、関節リウマチの患者では34%、糖尿病の患者では26.5%であったが、バイオ後続品の使用意向については、関節リウマチの患者の37%、糖尿病の患者の44.4%が使用したいと回答した。
- ・ また関節リウマチ又は糖尿病の患者及び両疾患の家族のうち69.9%が、医師からバイオ後続品をすすめられた場合、「使用してみたい」又は「やや使用してみたい」と回答したが、関節リウマチの患者のうち、医師からバイオ後続品の推奨を受けた患者は26.1%であり、糖尿病の患者については、14.6%であった。
- ・ 関節リウマチ又は糖尿病の患者及び両疾患の家族が知りたい情報として、「副作用などの安全性が先発品と比べて同等であるか」が最も多く、次いで「効果が先発品比べて同等であるか」「費用負担について」が多かった。
- ・ 厚生労働省では、バイオ後続品の科学的評価、品質等について、医療従事者に対して、正しい理解を広めるため、専門家や医療関係者等によるセミナーや講習会を開催している。

【論点（案）】

- 上記のような状況を踏まえ、バイオ後続品を知らない患者にバイオ後続品を推奨する際の情報提供や、新たにバイオ後続品を導入する又は現在使用しているバイオ医薬品をバイオ後続品に切り替える場合の患者への説明や症状の観察等について、評価することを検討してはどうか。

参考

高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）

中 医 協 総 - 3
3 1 . 4 . 2 4

○ 厚労省において「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」を作成

<具体的な内容例>

- ◆ 薬剤見直しの基本的な考え方、フローチャート
- ◆ 多剤服用時に注意する有害事象（例：薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤）
- ◆ 高齢者への薬物投与の留意事項（例：処方の見直しのタイミングの考え方）

出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編（2018年5月厚生労働省）に基づき医療課において作成

1 前提

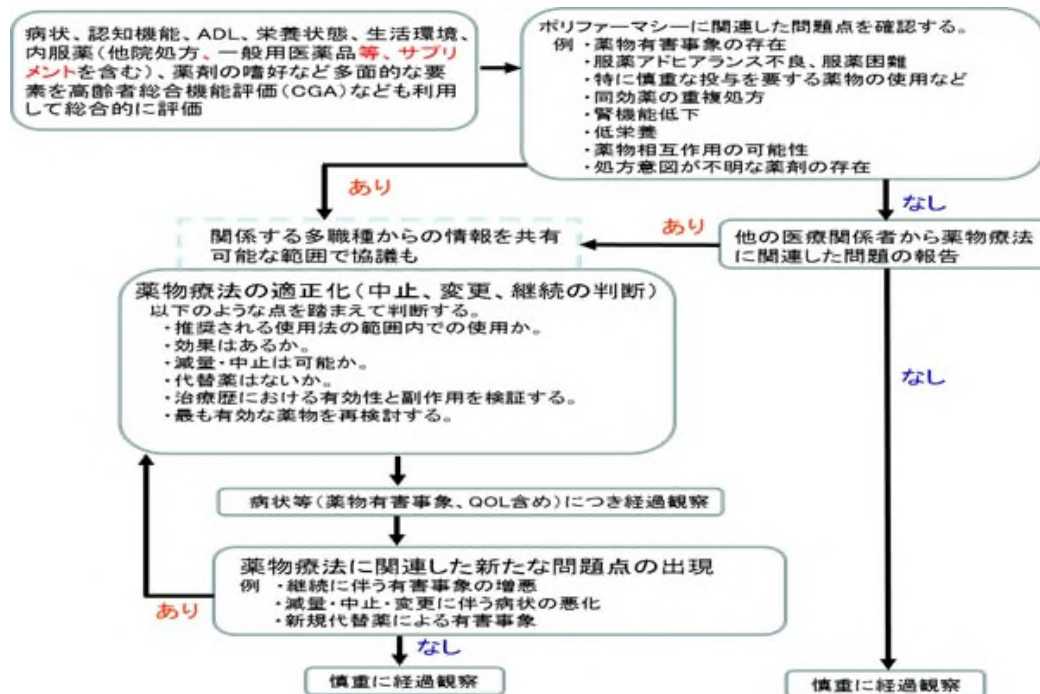
ポリファーマシーは、かかりつけ医による薬剤状況の把握、薬局による医薬品情報の一元管理等で解消に向かうことが期待されている

2 処方見直しのプロセス



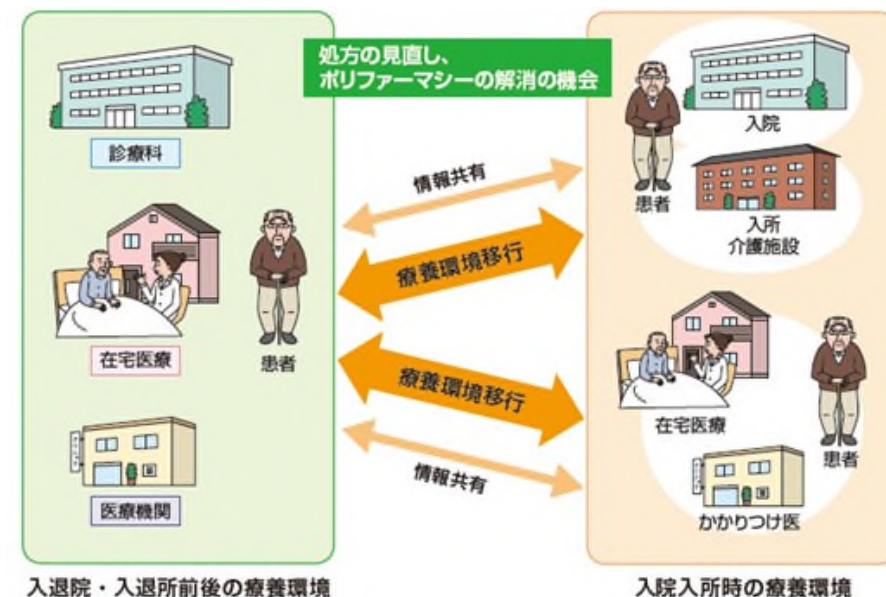
高齢者総合機能評価（CGA）を行うことが推奨される

⇒①受診している診療科・医療機関、②罹病疾患や老年症候群などの併存症、③日常生活動作（ADL）、④生活環境、⑤全ての使用薬剤の情報等



3 処方の見直しのタイミングの考え方

あらゆる機会をとらえて処方を見直しが期待されているが、退院・転院、介護施設への入所・入居、在宅医療導入、かかりつけ医による診療開始等の療養環境移行時は、処方見直しの好機



高齢者医薬品適正使用の指針（各論編）療養環境別

令和元年6月14日通知発出

患者の病態、生活、環境の移行に伴い留意すべき点が変わることを念頭に、患者の療養環境の特徴を踏まえて作成

各療養環境において共通する留意点

ACPが実践されている場合における薬物療法の適正化
非薬物的対応の重要性
多職種役割・連携

第1部 外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配置されていない施設

処方確認・見直しの考え方
外来・在宅医療への移行時における留意点
処方検討時の留意点

第2部 急性期後の回復期・慢性期の入院医療

※地域包括ケア病棟を含む

入院時の処方確認・見直しの考え方
入院中から退院までの留意点
処方検討時の留意点

第3部 その他の療養環境（常勤の医師が配置されている介護施設等）

入所時の処方確認・見直しの考え方
入所中から退所までの留意点
処方検討時の留意点

指針総論編 (急性期を含む)

別 添

薬剤の留意点の追加

認知症、骨粗鬆症、呼吸器（COPD）、がん・緩和医療等

処方見直しの事例集

多職種役割（入院入所から退院退所まで）

高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点

- 高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点や、特に慎重な投与を有する薬物のリストなどが示されている「高齢者の医薬品適正使用の指針」が取りまとめられている。

高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点（例）

H. 消化性潰瘍治療薬	消化性潰瘍治療薬は特に逆流性食道炎（GERD）において長期使用される傾向にあるが、薬物有害事象も知られており、長期使用は避けたい薬剤である。	
	高齢者の特性を考慮した薬剤選択	プロトンポンプ阻害薬（PPI）（エソメプラゾール【ネキシウム】、ランソプラゾール【タケプロン】、ラベプラゾール【パリエット】、オメプラゾール【オメプラール】）は、その有効性に関する報告が多く、第一選択として使用される。 H₂ 受容体拮抗薬も有効な治療薬であるが、腎排泄型薬剤であることから腎機能低下により血中濃度が上昇し有害事象の生じる可能性が高くなる。また、高齢者ではせん妄や認知機能低下のリスクの上昇があり、可能な限り使用を控える。 ボノプラザン【タケキャブ】はPPI 同様に強力な胃酸分泌抑制作用があり、PPI 使用時の注意に準じた経過観察を考慮する。
	投与量、使用方法に関する注意	PPI は安全性が高い薬剤であるが、長期投与により大腿骨頸部骨折などの骨折リスクの上昇やクロストリジウム・ディフィシル感染症のリスクが高まることが報告されている。さらに長期使用によるアルツハイマー型認知症のリスクの上昇についても報告がある。 H₂ 受容体拮抗薬（ファモチジン【ガスター】、ニザチジン【アシノン】、ラニチジン【ザンタック】）は、腎排泄型であり、腎機能が低下している患者の使用の際に注意する（代表的腎排泄型薬剤は別表 3 を参照）。
	他の薬効群の薬剤との相互作用に関する注意	PPI はCYP2C19 で代謝されるが、代謝における同酵素の寄与率は薬剤により異なる。難治性GERD や重症の食道炎、NSAIDs 内服による消化管出血リスクの高い症例を除いては、8 週間を超える投与は控え、継続する場合にも常にリスクを考慮する。CYP の関与する主な相互作用は、別表 4 を参照。 H₂ 受容体拮抗薬のうち、シメチジン【タガメット】は複数のCYP 分子種を阻害することから、薬物相互作用に注意を要する。