

中央社会保険医療協議会 総会（第 500 回） 議事次第

令和3年11月26日(金) 保険医療材料専門部会終了後～
於 オンライン開催

議 題

- 在宅（その5）について
- 個別事項（その6）について
- 調剤（その3）について

在宅（その5）

1. 訪問看護の提供体制

1－1 有事に備えた提供体制の整備

① 24時間対応体制加算について

② BCPについて

1－2 在宅での看取りを支える提供体制の整備

1－3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

複数のステーションによる24時間対応体制

- 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大する。

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]

特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。



改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]

特別地域 又は医療を提供しているが、医療資源の少ない地域 に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。



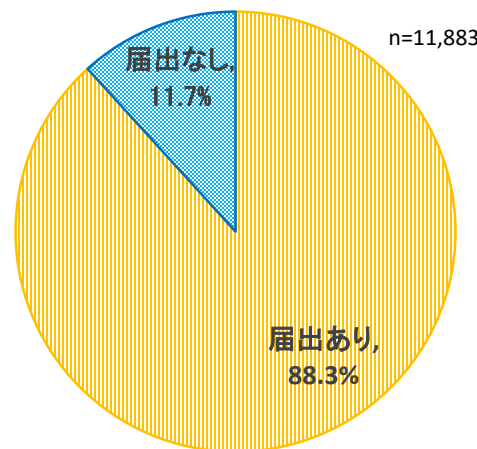
（参考）特別地域／医療資源の少ない地域に含まれる地域

特別地域	医療資源の少ない地域
	<u>40の二次医療圏</u>
離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域	離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域	奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域
山村振興法第7条第1項の規定により振興山村と指定された山村の地域	
小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域	小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域
沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域	沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域
過疎地域自立促進特別措置法第2条第1項に規定する過疎地域	

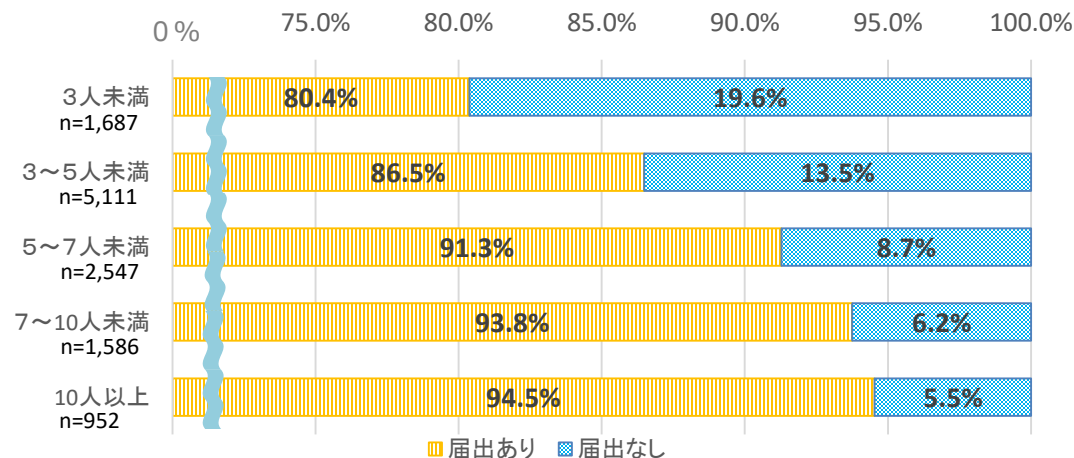
24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

○ 全訪問看護ステーションのうち、約88%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。

■24時間対応体制加算の届出の状況(令和2年)

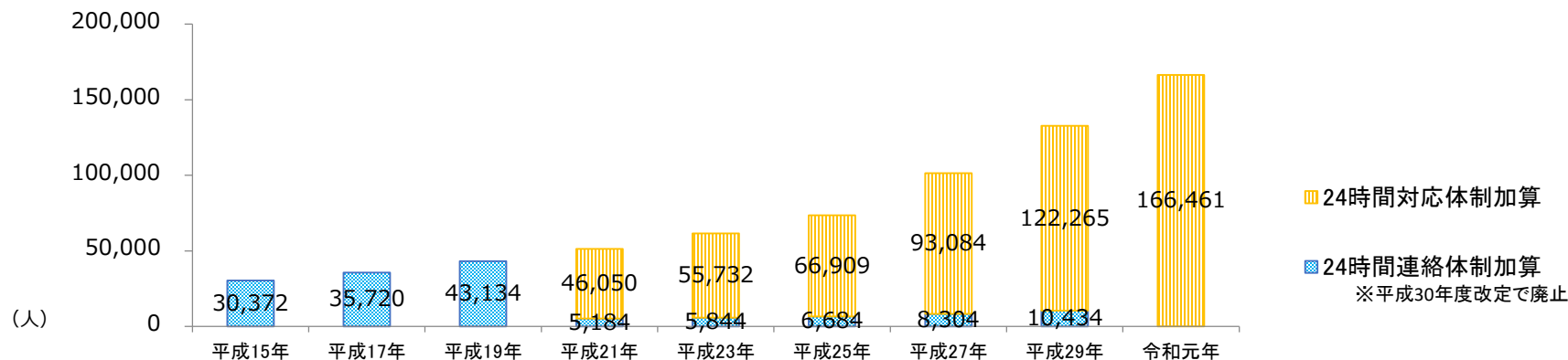


■看護職員規模別(常勤換算)の24時間対応体制加算の届出状況(令和2年)



【出典】各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成 ※看護職員数が無回答の訪問看護ステーションは集計から除外

■24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数(推計)



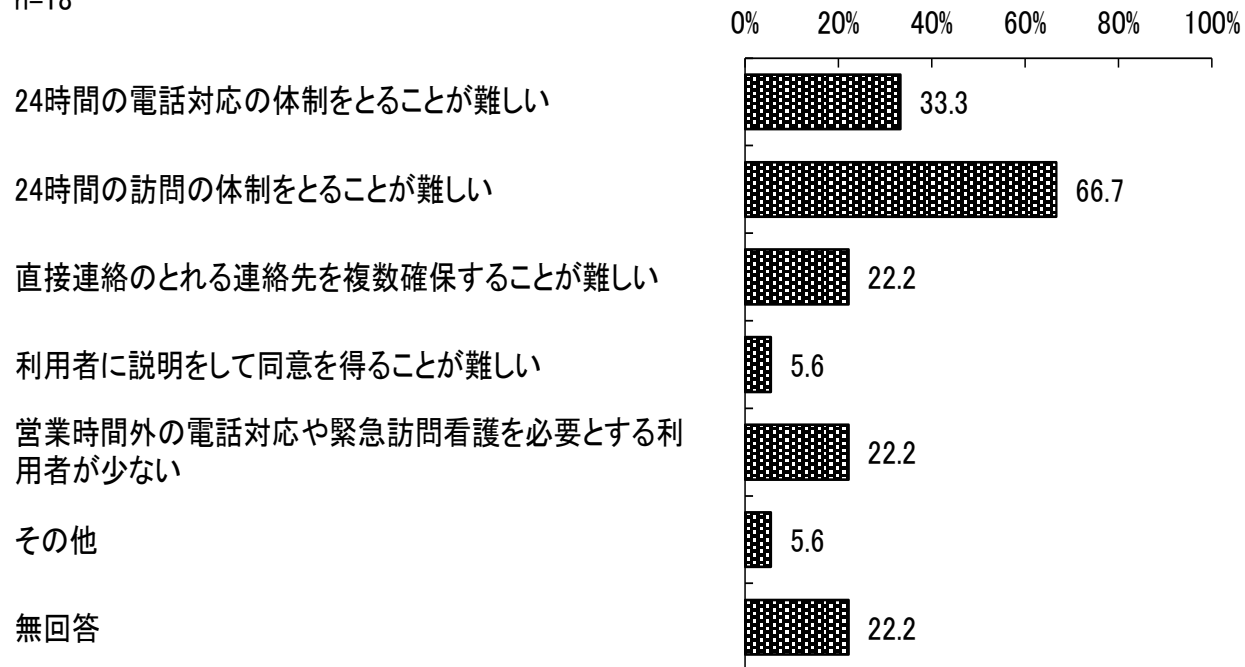
【出典】訪問看護療養費実態調査(各年6月審査分)をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成(隔年)

複数ステーションによる24時間対応体制

○ 24時間対応体制加算の届出を行っていない理由では、「24時間の訪問の体制をとることが難しい」「24時間の電話対応の体制をとることが難しい」が多かった。

■24時間対応体制加算の届出を行っていない理由（機能強化型以外のみ）（複数回答）

n=18

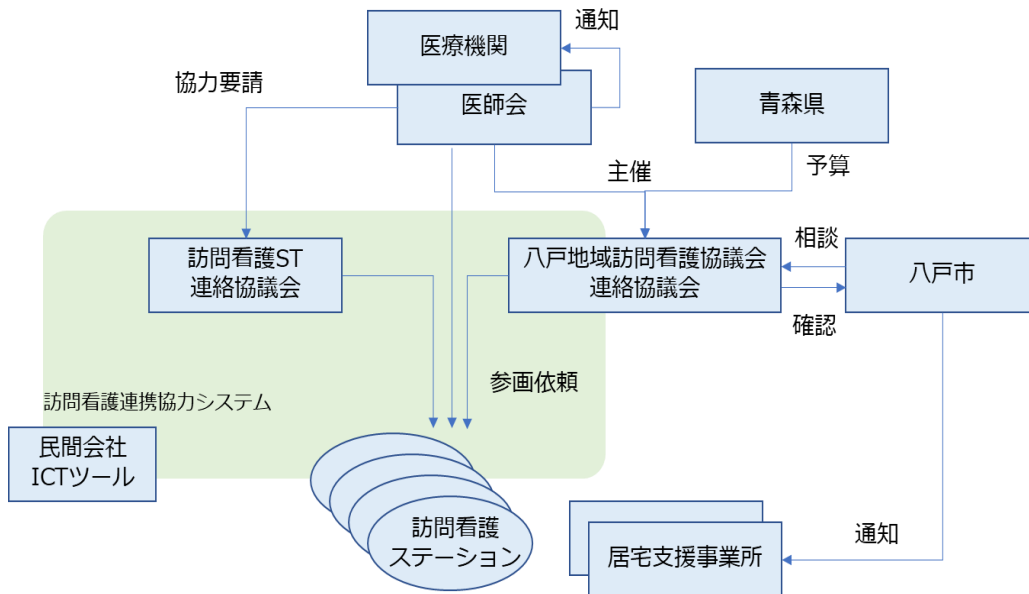


新型コロナウイルス感染症に備えたステーション間の連携 事例①

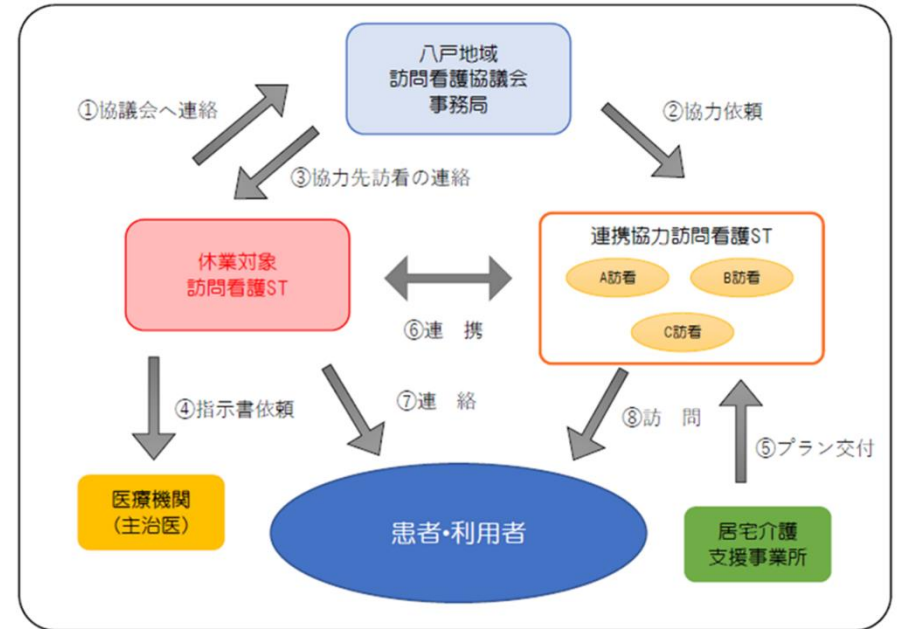
- 新型コロナウイルス感染症の影響等で休業対象になった際は、八戸地域訪問看護協会事務局へ連絡し、登録している各訪問看護ステーションに協力を依頼して、ステーション同士で応援協力の調整をする体制を整備している。

■八戸地域訪問看護協議会の取組

- 医師会・地域訪問看護協議会・連絡協議会が一緒になって、関係各所に報告・連絡・相談をしながら連携を働きかけて体制を整備。
- ICTツールを活用し、患者情報の連携を容易にしていることに加え、必要に応じて自宅待機中の訪問看護師からビデオ通話でサポートを受けられるようにしている。



■連携の流れ



- ① 休業対象訪問看護STは八戸地域訪問看護協議会事務局へ連絡をする
- ② 八戸地域訪問看護協議会事務局より連携協力訪問看護STへ協力依頼をする
- ③ 八戸地域訪問看護協議会事務局から休業対象訪問看護STに受け入れ可能な連携協力訪問看護STの連絡が入る
- ④ 休業対象訪問看護STは主治医へ訪問看護指示書の依頼をする
- ⑤ 休業対象訪問看護STはケアマネに連絡をし居宅サービス計画を変更してもらう（事業所変更は“軽微な変更”で可）
- ⑥ 休業対象訪問看護STは連携協力訪問看護STに連絡をし訪問依頼・調整をする
- ⑦ 休業対象訪問看護STは患者利用者へ連絡をする
- ⑧ 連携協力訪問看護STによる訪問開始

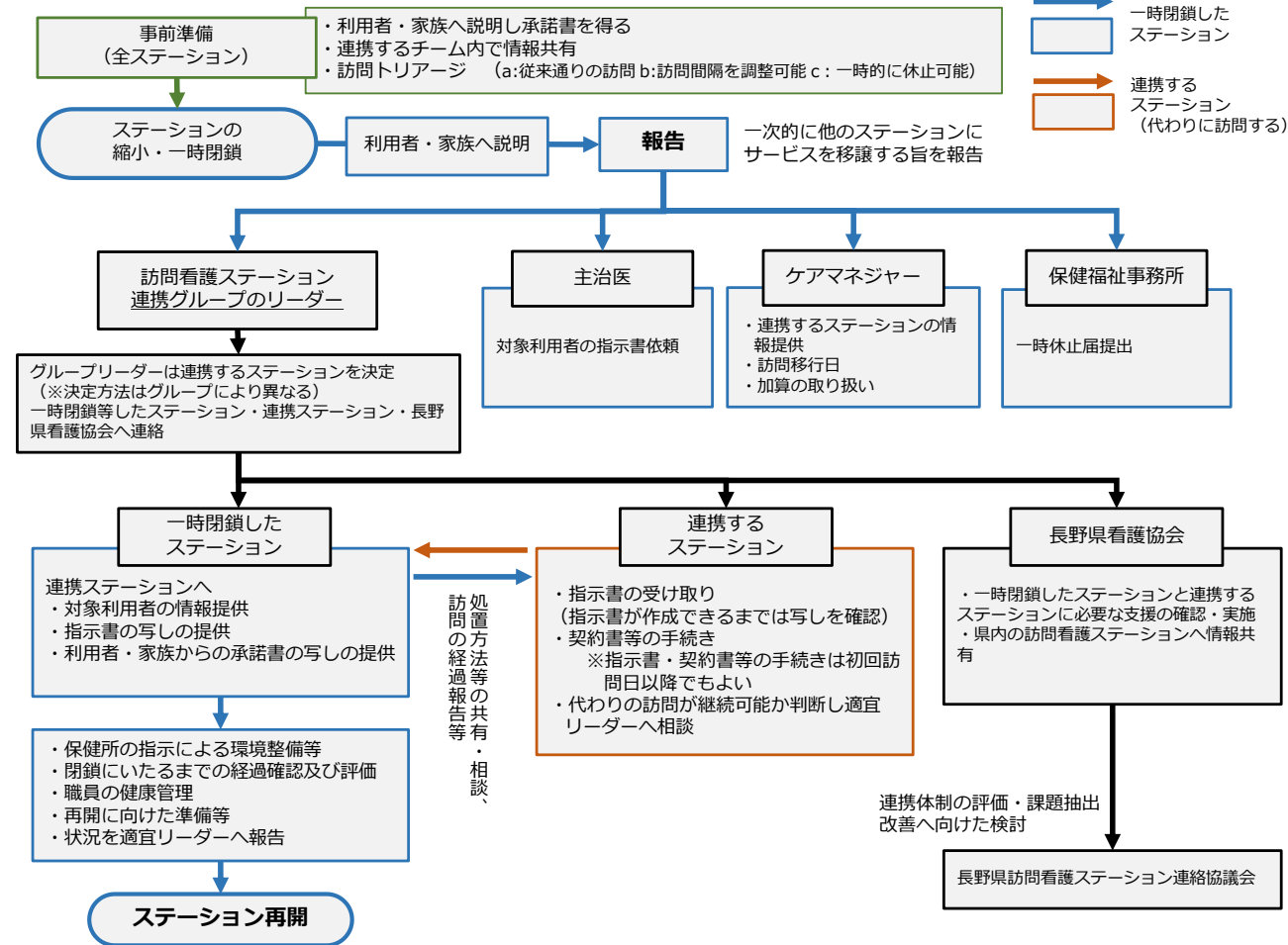
新型コロナウイルス感染症に備えたステーション間の連携 事例②

- 日常的な連携をベースとして県内の訪問看護ステーションをグループ分けし、災害発生等により訪問看護ステーションを閉鎖、縮小することとなった際に協力し合う体制を構築している。

■長野県看護協会の取組

- 台風によって訪問看護ステーションの浸水被害が発生したことを受けて、災害時の現状や課題を検討するシンポジウムを企画、システム構築のきっかけとなった。
- 県内4ブロック(北信・東信・中信・南信)の中に近隣のステーションをグルーピングする形で、合計28グループを編成。ステーションを閉鎖したり、規模を縮小したりする場合には、所属するグループリーダーが代わりに訪問するステーションを決め、依頼をかける仕組み。
- 訪問看護ステーション同士、訪問看護ステーションと看護協会や協議会との日常的な連携をベースとして構築している。

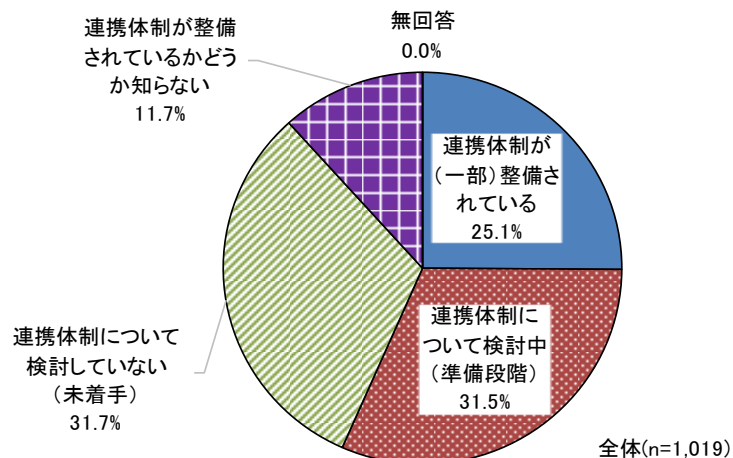
長野県訪問看護ステーション連携体制フローチャート



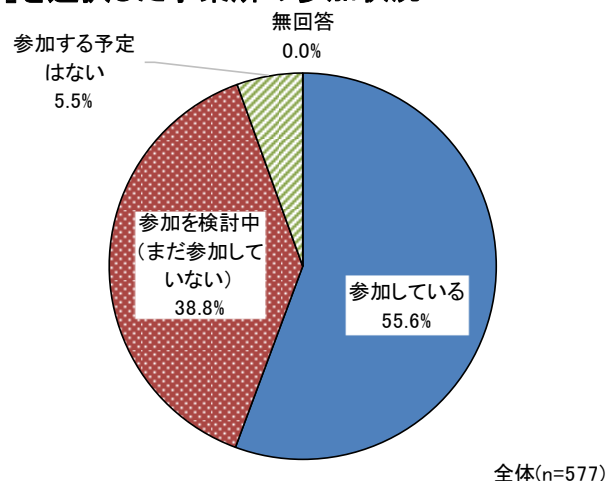
新型コロナウイルス感染症における地域の連携体制整備状況

- 連絡体制が整備されている又は準備段階にある地域における訪問看護ステーションでは、9割以上が「参加している」又は「参加を検討中」と回答していた。
- 連携又は連携の検討に参加している関係者は「訪問看護連絡協議会」が最も多かった。

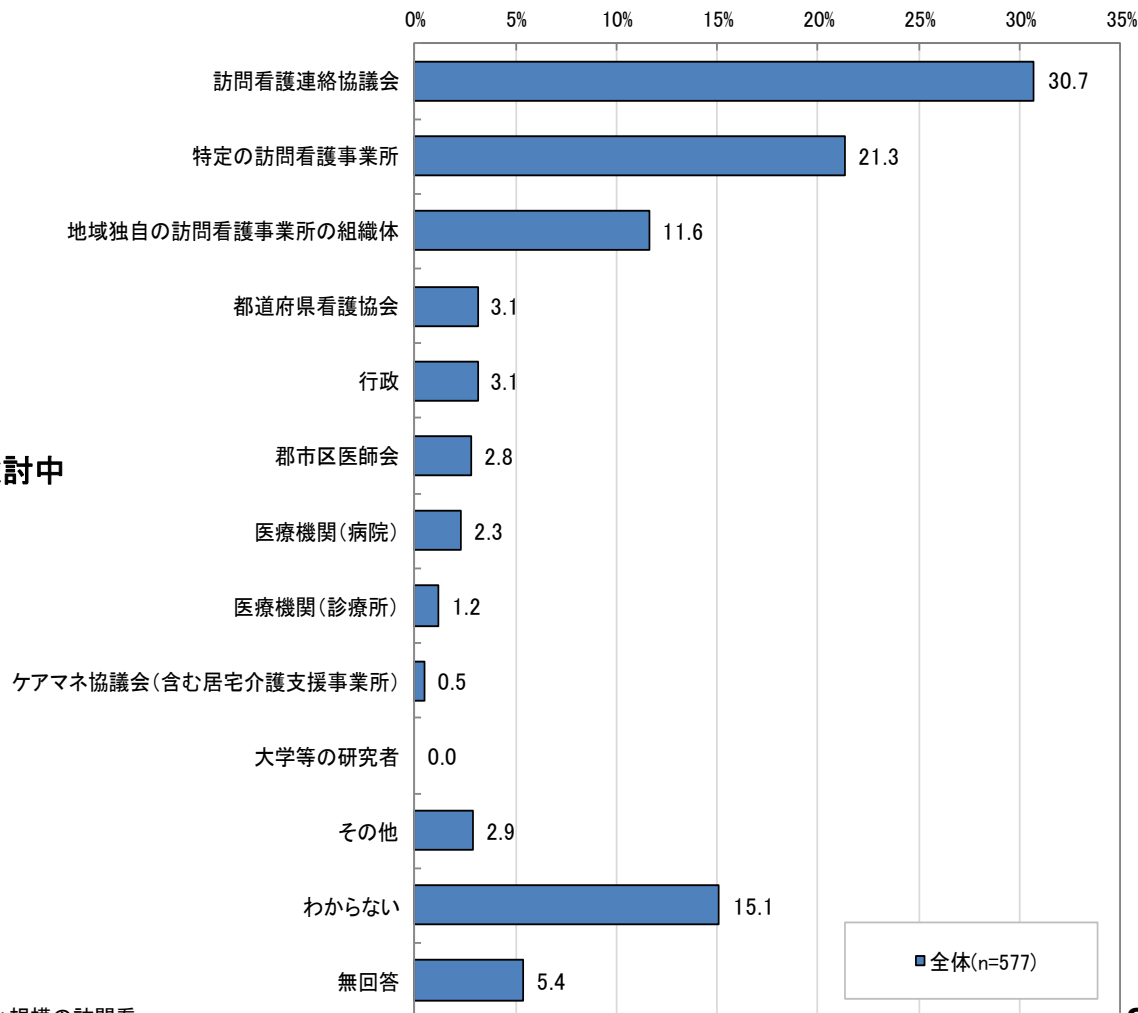
■地域における連携体制整備状況



■「連携体制が(一部)整備されている」「連携体制について検討中(準備段階)」を選択した事業所の参加状況



■連携または連携検討の調整の中心的役割を果たしている担当者



1. 訪問看護の提供体制

1－1 有事に備えた提供体制の整備

① 24時間対応体制加算について

② BCPについて

1－2 在宅での看取りを支える提供体制の整備

1－3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

令和3年度介護報酬改定における対応について

- 令和3年度介護報酬改定において、感染症や災害発生時において必要な介護サービスを継続するため、BCPの策定や研修の実施等が義務づけられた。

1. ② 業務継続に向けた取組の強化

概要

【全サービス★】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

（参考）介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）ガイドラインについて

- 介護サービスは、利用者の方々やその家族の生活に欠かせないものであり、感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者に対して必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要。
- 必要なサービスを継続的に提供するためには、また、仮に一時中断した場合であっても早期の業務再開を図るためには、業務継続計画（Business Continuity Plan）の策定が重要であることから、その策定を支援するため、介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等を作成。

（令和2年12月11日作成。必要に応じて更新予定。）

掲載場所：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

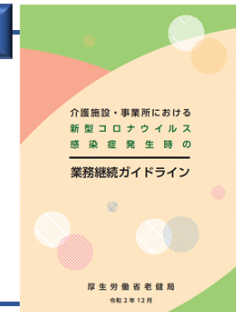
介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

- ・ BCPとは ・ 新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・ 介護サービス事業者に求められる役割 ・ BCP作成のポイント
- ・ 新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系） 等



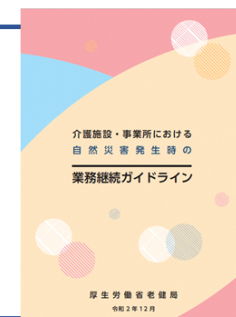
介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント

- ✓ 各施設・事業所において、自然災害に備え、介護サービスの業務継続のために平時から準備・検討しておくべきことや発生時の対応について、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容

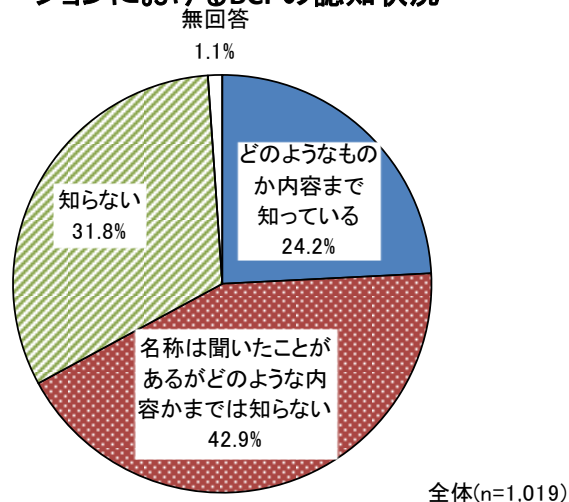
- ・ BCPとは ・ 防災計画と自然災害BCPの違い
- ・ 介護サービス事業者に求められる役割 ・ BCP作成のポイント
- ・ 自然災害発生に備えた対応、発生時の対応（各サービス共通事項、通所固有、訪問固有、居宅介護支援固有事項） 等



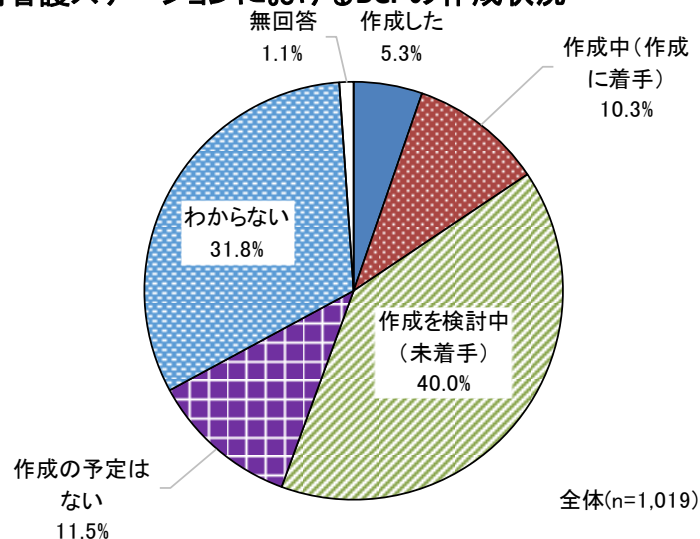
訪問看護ステーションにおけるBCPの作成について

○ 令和3年度介護報酬改定前の事業継続計画（BCP Business Continuity Plan）の認知・作成状況は以下のとおり。BCP作成にあたって、「近隣の事業所との協定締結の方法や内容」に最も困難を感じていた。

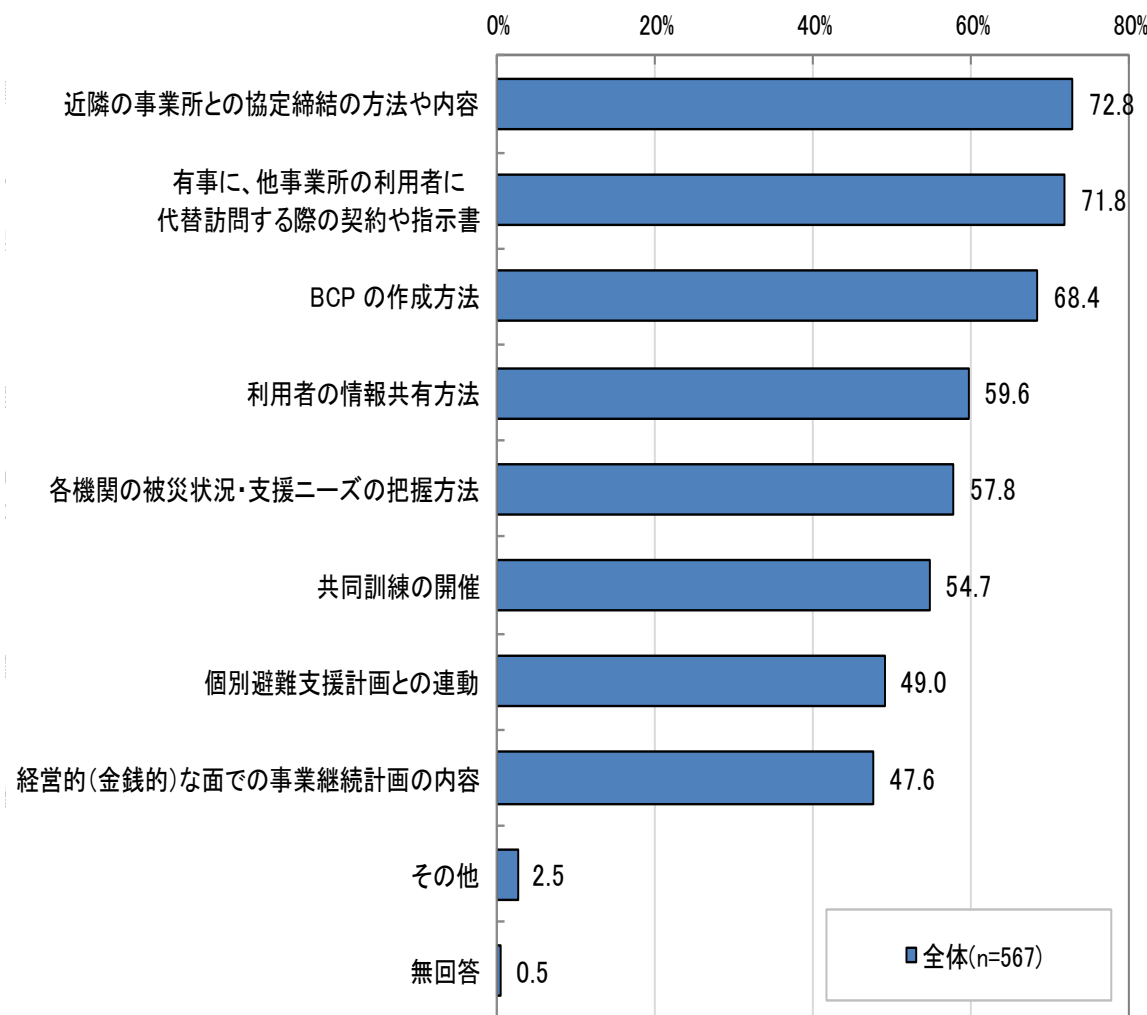
■ 訪問看護ステーションにおけるBCPの認知状況



■ 訪問看護ステーションにおけるBCPの作成状況



■ BCP作成にあたって困ったこと、困るであろうこと



1. 訪問看護の提供体制

1－1 有事に備えた提供体制の整備

1－2 在宅での看取りを支える提供体制の整備

① ICTを活用した看取りに係る医師との連携について

② 退院直後のターミナルケアについて

1－3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

○C島の概要 人口約700人。市営の渡船が1日7往復する。

○C島の医療提供体制の状況

医療機関・訪問看護事業所	定期的診療・訪問看護	緊急時対応
市営 島内診療所	<外来> 月～金 8:30～17:00、土 8:30～12:00 <往診> 1回/週 <休診日> 土曜日の午後と日曜日、祝日、年末年始 <医療職> 医師1名（2～3年毎交代）、看護師2名	診療時間のみ 土日夜間医師不在 （医師は本土に居住）
D訪問看護ステーション（本土） （C島への訪問看護は当該事業所のみ）	1回/週	電話対応、渡船運行時間中は訪問

○事例

患者	70歳代男性 病名：肺癌、肺気腫、呼吸不全（在宅酸素療法実施） 家族：妻と2人暮らし、子どもは島外在住
経過	- 肺がんに対し症状緩和を中心とした治療方針。本人の希望で在宅療養。 - 年末年始の医師不在時の急変対応として、予め蘇生しない意向を事前に確認し、本土のE病院にバックベッドの登録をしていた。 【医師不在時の事前取り決め】 ➢ 診療所に電話をすると自動で消防本部に電話が切り替わり、救急車が市内（本土側）の港に待機。 ➢ C島の消防職員がストレッチャーで島の港へ運び、海上タクシーで本土へ搬送。 ➢ 港で待機していた救急車でバックベッド登録しているE病院へ搬送。蘇生はしない。
看取りの実 際	- 年始のある日の明け方、患者の呼吸停止を家族が確認。年始であり医師の対応は不可。 - 家族は気が動転し、バックベッドの登録をしていたE病院ではない病院名を消防本部に伝え、F病院に救急搬送された。 - 搬送先のF病院において、既に心肺停止状態であったが蘇生を受け、数時間後、死亡が確認された。



意見	家族 （搬送に時間がかかり）大事なときに夫のそばにすることができなかった。 既に亡くなっていたと思うが、病院に運ぶしかなく、 希望していない蘇生を受けた。あのまま静かに自宅で見送りたいかった。
----	--

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

【背景】

- 最後の診察から24時間経過後に患者が死亡した場合、医師は、対面で死後診察をした後、死亡診断書を交付している。
- 一方で、在宅での看取りを希望していても、住み慣れた場所を離れ病院や介護施設に入院・入所して看取りを行わざるを得なかったり、死後診察を受けるため遺体の長時間保存・長距離搬送が余儀なくされたりなど、患者や家族が不都合を強いられているとの指摘があった。

規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）

在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、受診後24時間を経過していても、以下のa～eの全ての要件を満たす場合には、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう、早急に具体的な運用を検討し、規制を見直す。

- a 医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていること
- b 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること
- c 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること
- d 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること
- e 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

患者や家族が希望する、住み慣れた場所での穏やかな看取りの実現

「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」策定（医政発0912第1号 平成29年9月12日医政局長通知）
H28年度厚生労働科学研究「ICTを利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究」に基づきガイドラインを策定。

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

平成28年度から同旨事業を継続して実施中（下記概要等は令和3年度事業に関するもの）

【事業概要】「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」等に基づき、**医師による死亡診断等に必要情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修** 及び ICTを利用した死亡診断を行う可能性のある医師を対象とした研修を実施する。

【看護師に対する研修内容】

- ① 法医学に関する講義（死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因子等）
- ② 法医学に関する実地研修
- ③ 看護に関する講義・演習（機器を用いたシミュレーション、患者・家族とのコミュニケーション等）

計177名の看護師が研修を修了
（令和3年10月末時点）

医師によるICTを利用した死亡診断等をサポートする看護師を対象とした研修

講義・演習

- ◆ 法医学に関する一般的事項
死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因死
 - ◆ ICTを利用した死亡診断等の概要、関係法令
 - ◆ ICTを利用した死亡診断等の制度を活用する患者・家族への接し方
（意思決定支援含む。）
 - ◆ 実際に使用する機器を用いたシミュレーション
- ◇ 2日間程度

実地研修

- ◆ 2体以上の死体検案※
又は解剖への立ち会い
（※コロナ対応による要件変更あり）
- ◇ 1～2日間程度

研修は単位制とし、分割して履修が可能。
厚生労働省医政局より全てのプログラムを履修した場合に修了証が交付される。

○対象者

看護師としての実務経験5年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験3例以上があり、かつ、看護師としての実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において3年以上の実務経験を有し、その間に患者5名に対しターミナルケアを行った（※）看護師。

※ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、訪問看護においては、患者の死亡日及び死亡前14日以内に、2回以上の訪問看護を実施し、ターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合をいう。また、介護保険施設等においては、当該施設の看取りに関する指針等に基づき、看護師が対象となる入居者に対するターミナルケアに関する計画の立案に関与し、当該計画に基づいてターミナルケアを行った場合をいう。

ICTを利用した死亡診断等の流れ

○ ICTを用いた死亡診断等にあたって、研修を受けた看護師が、遺族への対応、遺体の観察・写真撮影、死亡診断書作成の補助等を行う。

STEP1 患者死亡前に 準備すべきこと	STEP2 遺族との コミュニケーション	STEP3 所見記録と死亡診断等 を行う医師への報告	STEP4 医師の指示を受けての 死亡診断書作成の補助	STEP5 遺族への説明と 死亡診断書の交付
- 本人及び家族の理解を得た上で、死亡前に同意書様式により同意を得る。 - ICTを利用して報告する 看護師は、法医学等に関する一定の教育を受けるとともに、ICTを利用した死亡診断等を行うのに必要な機器・物品を、遠隔から死亡診断等を行う予定の医師と相談し準備する。	- 患者の生前の死生観・宗教観のほか、ご遺体への礼意、家族の心情等へ配慮する。 医師は、ICTを利用した死亡診断等を行う場合であっても、直接対面での死亡診断等を行う場合と同様に医師-遺族間のコミュニケーションを図る。 看護師は、ご遺体の観察や撮影に際しては、必要に応じて家族に別室で待機してもらう等、家族の心情等に十分な配慮をする。	看護師は、リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用いて、遠隔からの医師のリアルタイムの指示の下、遺体の観察や写真撮影を行い、記録様式の全項目を記載する。医師が死亡診断を行うにあたり必要な情報（記録様式及び写真）を、電子メール等で医師に報告する。電子メール等は適切なセキュリティ環境下で送受信する。 医師は、看護師からの報告を踏まえ、遠隔において死亡診断を行う。その際、医師が死亡の事実の確認や異状がないと判断できない場合には、ICTを利用した死亡診断等を中止する。	看護師は、医師から死亡診断書に記載すべき内容についての説明を受け、死亡診断書を代理記入する方法により、医師による死亡診断書作成を補助することができる。 - 看護師が代理記入した死亡診断書については、看護師が医師に電子メール等で送付することにより、その記載内容に誤りがないことを医師が確認する。	- リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用い、医師から患者の死亡についてご遺族に説明後、看護師からご遺族に死亡診断書を渡す。 - 死亡診断書については、正本をご家族に交付するとともに、写し3部以上を作成し、ご遺族の控え、診断した医師の控え（診療録に添付）、看護師の控えとする。



<実際の事例>



- ◆ 離島在住の90代のがん患者
- ◆ 主治医の医療機関からは車3時間+船1時間（直線距離約200km）
- ◆ 主治医が医療機関を離れているときに心肺停止状態となったため、研修を受けた看護師によりICTを用いて主治医の死亡診断をサポート。

⇒死亡診断のために遠くまでご遺体を搬送する必要がなくなり、ご遺族と共に看取りを行うことができた。

ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等

ICTを利用した死亡診断

- 在宅患者訪問診療料の加算において、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等の要件を追加。

現行

【在宅患者訪問診療料】

患者において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。

【算定要件】

在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。



「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師と連携



改定後

【在宅患者訪問診療料】

死亡診断を行った場合には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。

【算定要件】

在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載すること。

ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。

ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

参考）算定回数

	算定回数
在宅患者訪問診療料 死亡診断加算※	187

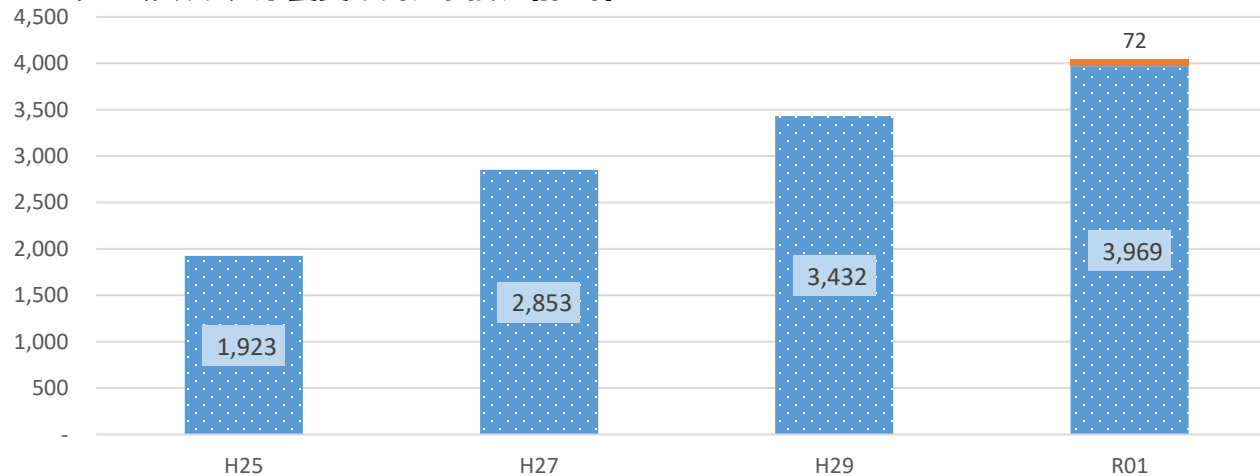
※往診又は訪問診療を行った場合とICTを活用した場合の両方を含む

訪問看護ターミナルケア療養費の主要要件と算定状況

- ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等を行った医療機関については在宅患者訪問診療料の加算による評価があるが、ICTを活用した死亡診断等の支援を行った訪問看護ステーションについては評価されていない。

	訪問看護ターミナルケア療養費1【25,000円】	訪問看護ターミナルケア療養費2【10,000円】
対象者	◆在宅で死亡した利用者 ◆特別養護老人ホーム等で死亡した利用者 (看取り介護加算等を算定している利用者を除く) ※ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅(特別養護老人ホーム等)以外で死亡した者を含む	◆特別養護老人ホーム等で死亡した利用者 (看取り介護加算等を算定している利用者に限る) ※ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む
主要要件	○主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施する。 ○訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上で、ターミナルケアを実施する。 ○ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する。	

■ターミナルケア療養費の算定回数（推計）



■ターミナルケア療養費1 ■ターミナルケア療養費2

1. 訪問看護の提供体制

1－1 有事に備えた提供体制の整備

1－2 在宅での看取りを支える提供体制の整備

① ICTを活用した看取りに係る医師との連携について

② 退院直後のターミナルケアについて

1－3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

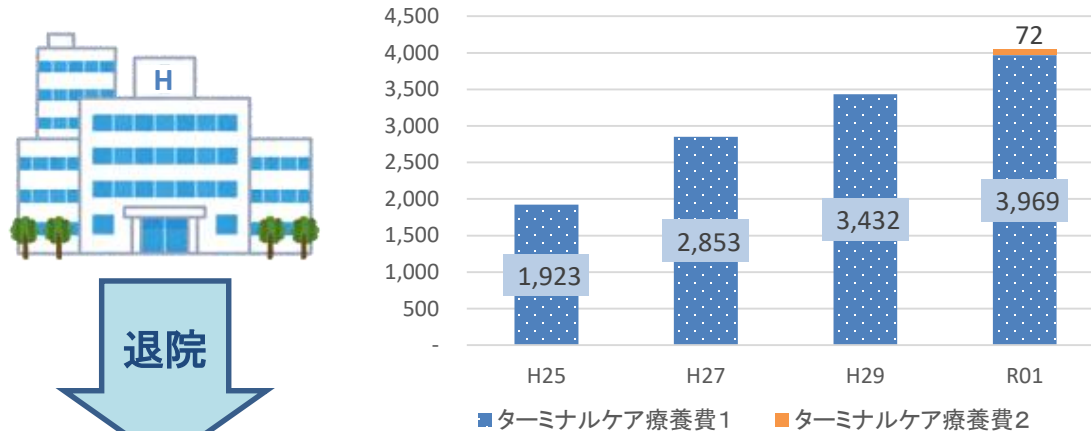
退院直後のターミナルケアについて

- 退院当日の訪問は訪問看護基本療養費を算定できず、例えば退院日とその翌日に訪問した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の算定対象とならない。

訪問看護ターミナルケア療養費

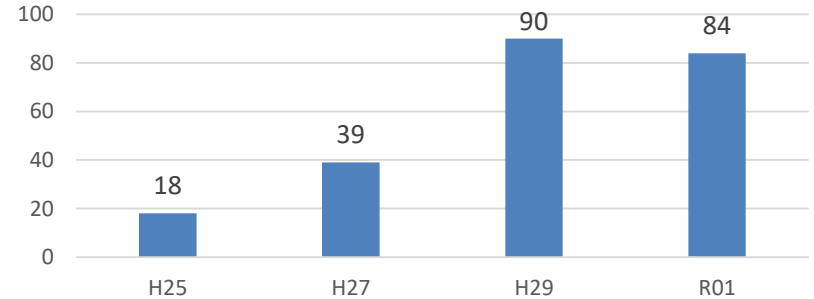
訪問看護ターミナルケア療養費は、在宅で死亡した利用者について、**死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定し**、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護ステーションの連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

■訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数（推計）



【出典】訪問看護療養費実態調査（各年6月審査分）をもとに保険局医療課にて作成（隔年）

■退院支援指導加算（※1）は算定したが、訪問看護ターミナルケア療養費を算定しなかった利用者（※2）（推計）



※1退院支援指導加算：退院日に療養上必要な指導を行った場合、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた日に加算する。

※2当該月に死亡した利用者であって、退院支援指導加算を算定しているが訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない明細書。退院日以降に指定訪問看護を実施していない場合を含む。

退院当日	退院後1日	退院後2日	ターミナルケア療養費の算定
			算定可
			算定不可

1. 訪問看護の提供体制

1－1 有事に備えた提供体制の整備

1－2 在宅での看取りを支える提供体制の整備

1－3 機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

訪問看護提供体制の充実

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの要件等

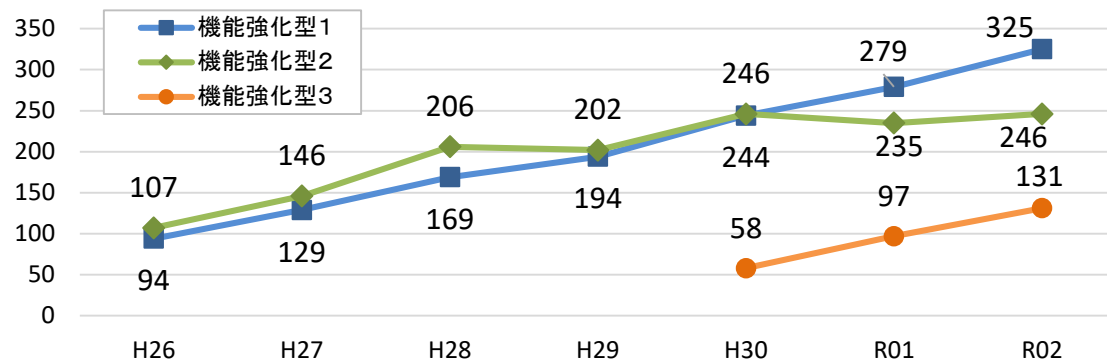
	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	 24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者 or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい） 		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上

※1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない場合は、7,440円。
※2 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和3年3月末までの経過措置あり。
※3 重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

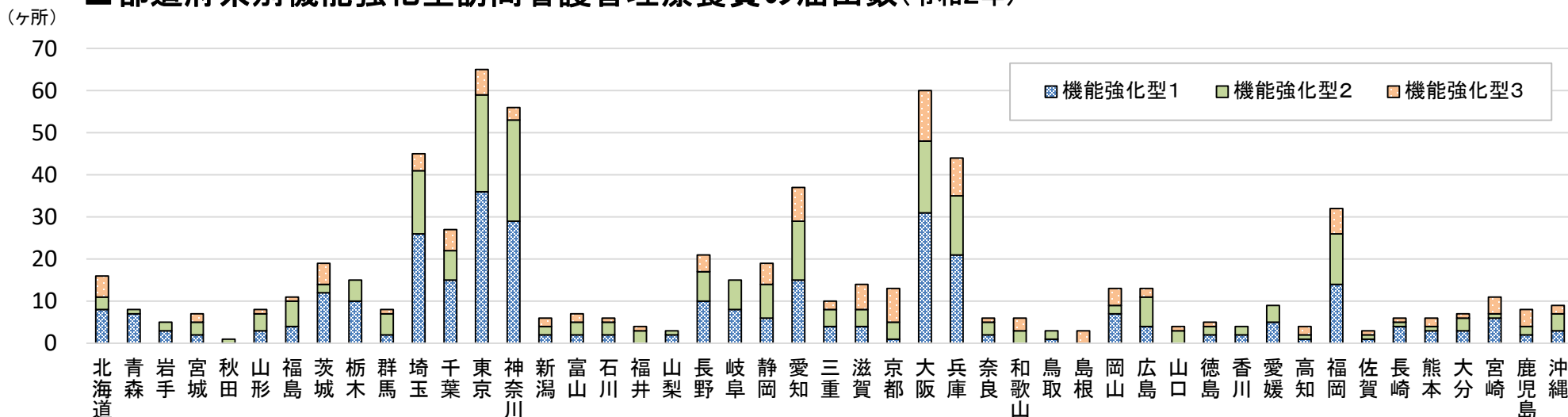
○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和2年7月時点で機能強化型1が325事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が131事業所である。

■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型 訪問看護管理療養費1	325
機能強化型 訪問看護管理療養費2	246
機能強化型 訪問看護管理療養費3	131
計	702

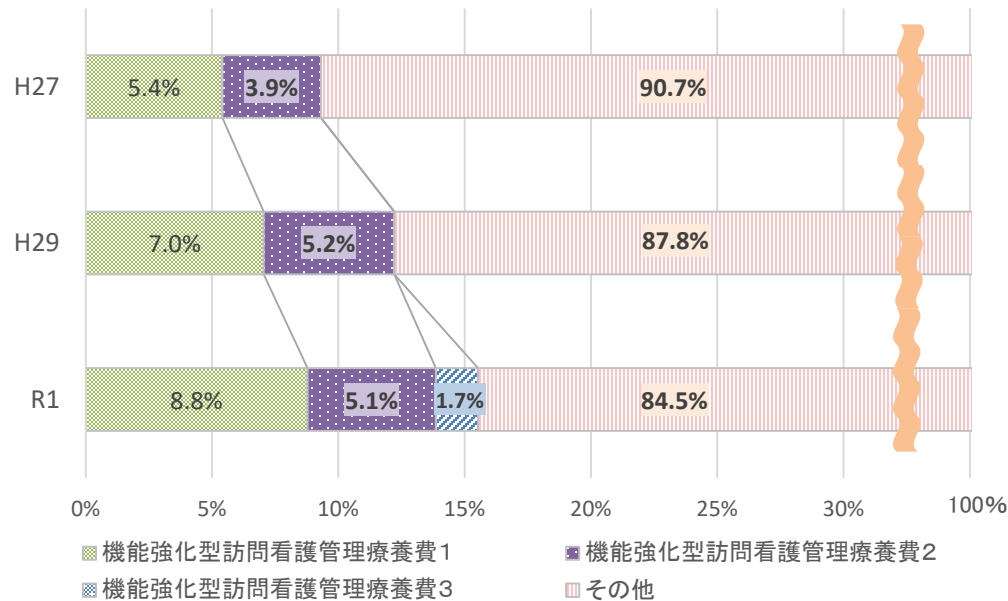
■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数(令和2年)



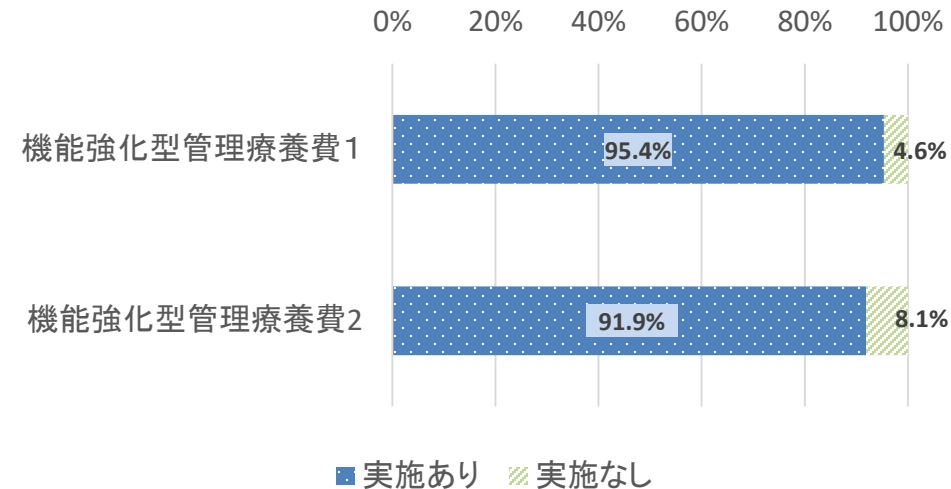
機能強化型訪問看護ステーションにおける人材育成のための研修等の実施状況

○ 機能強化型訪問看護ステーションの9割以上が、地域住民等に対する情報提供・相談対応や、看護実習の受入等の人材育成のための研修を実施している。

■ 訪問看護管理療養費（初日のみ）の算定割合



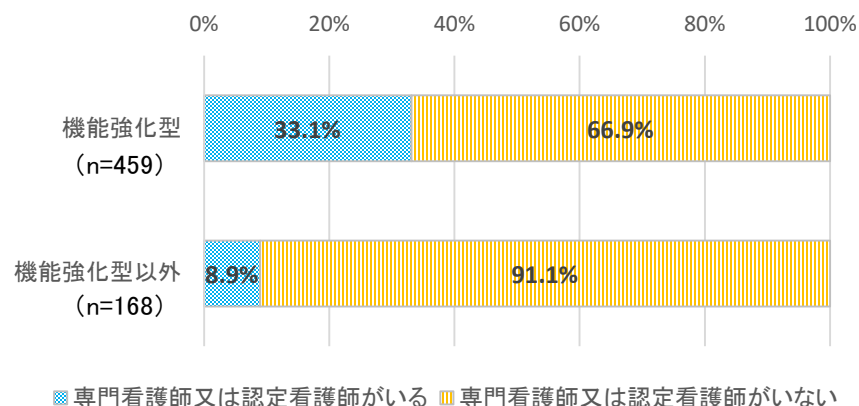
■ 情報提供、相談対応、研修等の実施有無
(令和2年7月時点)(直近1年間)



機能強化型訪問看護ステーションにおける専門看護師・認定看護師の活動

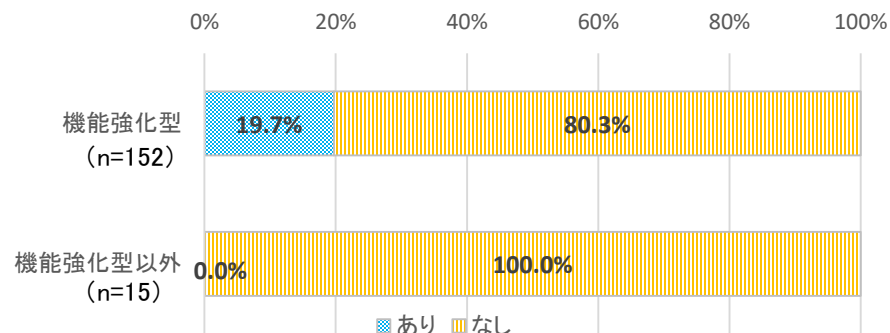
- 機能強化型訪問看護ステーションの約33%に専門性の高い看護師(専門看護師又は認定看護師)が所属している。
- 専門性の高い看護師は他の訪問看護ステーション等へのコンサルテーションの実施や研修等の開催をしている。

■ 訪問看護管理療養費別の専門看護師・認定看護師の所属有無

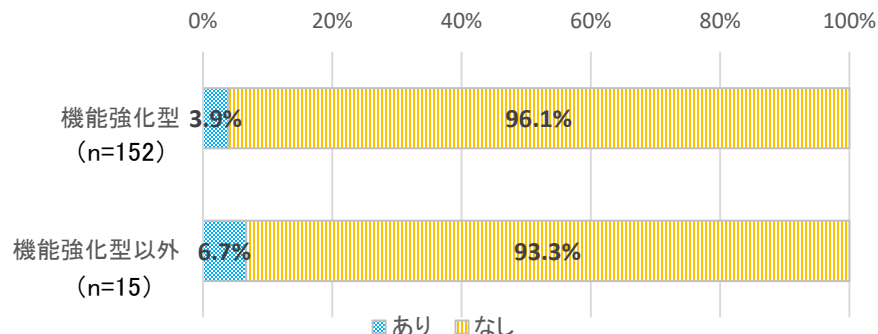


※機能強化型の種別又は専門・認定看護師の有無にいずれか無回答の場合は除外

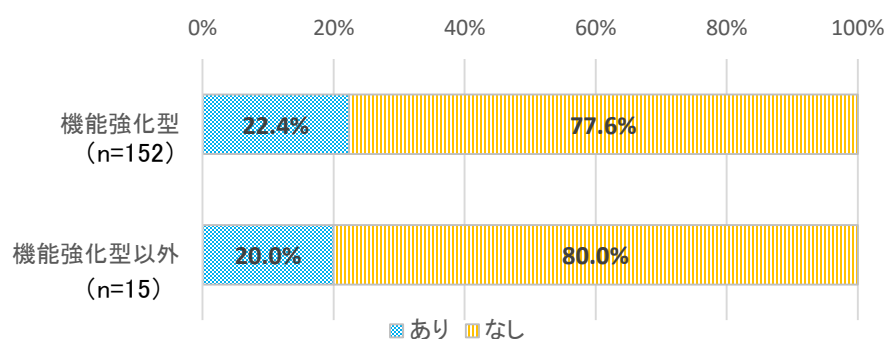
■ 専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関へのコンサルテーションの実施(令和2年4月～9月6か月間)



■ 専門性の高い看護師の他訪問看護ステーション又は他医療機関との同行訪問の有無(令和2年4月～9月6か月間)



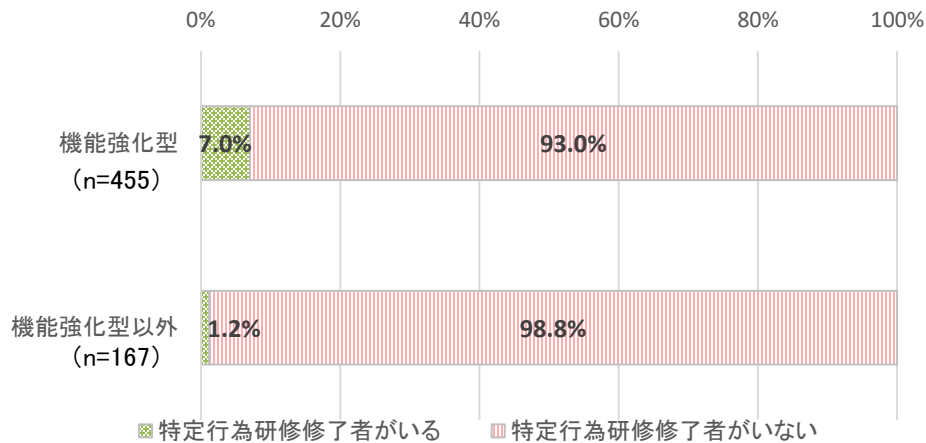
■ 専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会の開催(令和2年4月～9月6か月間)



機能強化型訪問看護ステーションにおける特定行為研修修了者の活動

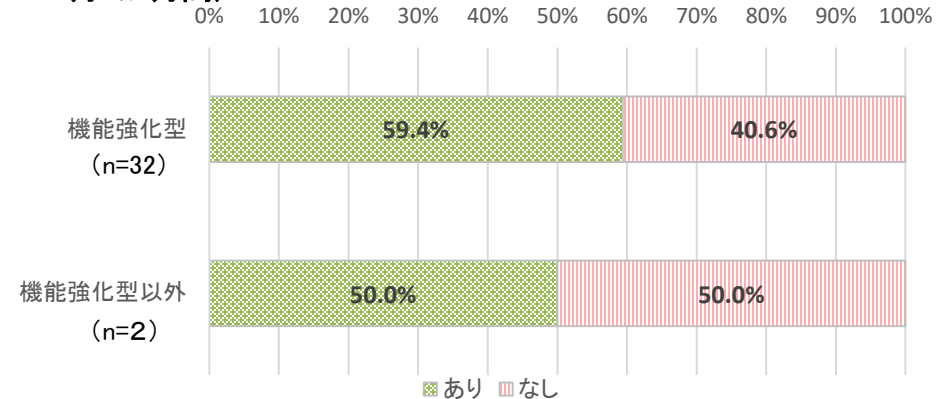
- 機能強化型訪問看護ステーションの約7%に特定行為研修修了者が所属している。
- 特定行為研修修了者は、自ステーション職員や他ステーション等の職員向けの指導や研修を実施している。

■ 訪問看護管理療養費別の特定行為研修修了者の所属有無

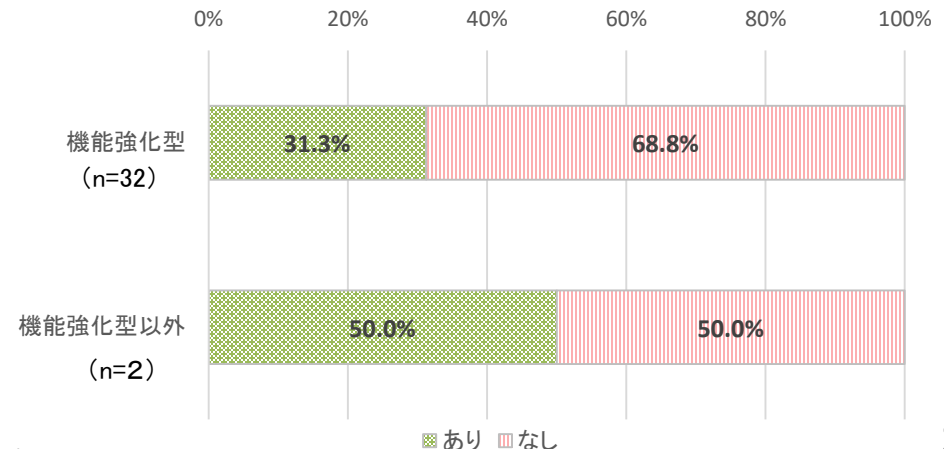


※機能強化型の種別又は特定行為研修修了者の有無にいずれか無回答の場合は除外

■ 自ステーションの職員への指導や研修を行っている(令和2年4月～9月6か月間)



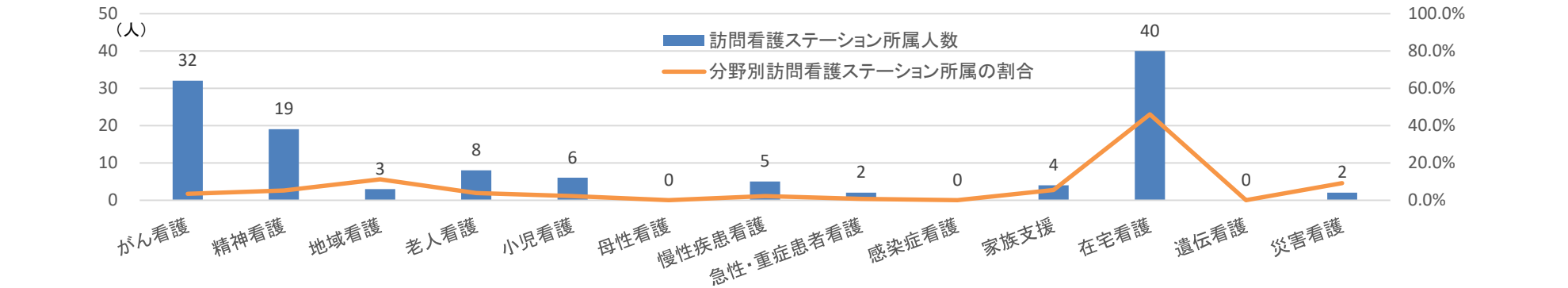
■ 他ステーションや医療機関の職員への指導や研修を行っている(令和2年4月～9月6か月間)



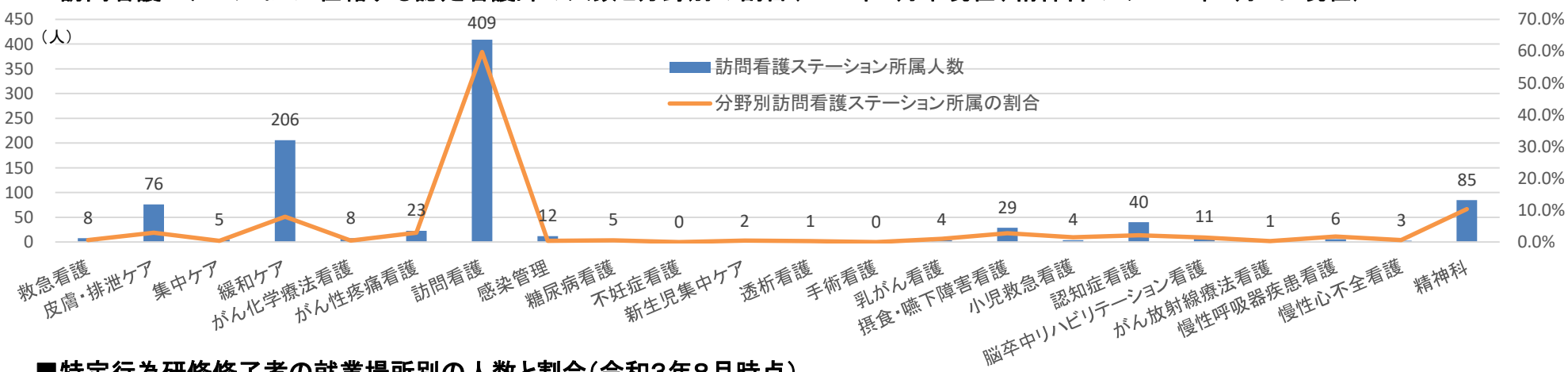
訪問看護ステーションにおける専門・認定看護師及び特定行為研修修了者の在籍状況

○ 訪問看護ステーションに在籍する、専門・認定看護師及び特定行為研修修了者の人数と各専門・認定分野における割合は以下のとおり。

■訪問看護ステーションに在籍する専門看護師の人数と分野別の割合(2021年3月末現在)



■訪問看護ステーションに在籍する認定看護師の人数と分野別の割合(2021年3月末現在、精神科のみ2021年4月1日現在)



■特定行為研修修了者の就業場所別の人数と割合(令和3年8月時点)

就業場所	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護福祉施設	教育機関	その他	未就労	不明
就業者総数	2240	40	145	34	41	16	16	707
割合	69.2%	1.2%	4.5%	1.0%	1.3%	0.5%	0.5%	21.8%

訪問看護に係る課題（小括 1）

（有事に備えた提供体制の整備について）

- ・全訪問看護ステーションのうち、約88%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。
- ・BCP作成にあたって、「近隣の事業所との協定締結の方法や内容」に最も困難を感じていた。

（在宅での看取りを支える提供体制の整備について）

- ・ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等を行った医療機関については在宅患者訪問診療料の加算による評価があるが、ICTを活用した死亡診断等の支援を行った訪問看護ステーションについては評価されていない。
- ・退院当日の訪問時は訪問看護基本療養費を算定できない。退院後の在宅での看取りを支援するために、退院日とその翌日に訪問した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の算定対象とならない。

（機能強化型訪問看護ステーションにおける役割の強化について）

- ・機能強化型訪問看護ステーションの9割以上が、地域住民等に対する情報提供・相談対応や、看護実習の受入等の人材育成のための研修を実施している。
- ・機能強化型訪問看護ステーションの約33%に専門性の高い看護師（専門看護師又は認定看護師）が所属しており、専門性の高い看護師は他の訪問看護ステーション等へのコンサルテーションの実施や研修等の開催をしている。

1. 訪問看護の提供体制

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

2-1 複数名訪問看護加算等について

2-2 退院支援指導加算について

3. 論点

同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し

➤ 効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護、複数名による訪問看護を行う場合の加算について、評価体系を見直す。

現行	改定後
【難病等複数回訪問加算】	
1日に2回の場合 4,500円	イ 1日に2回の場合 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円
1日に3回以上 8,000円	ロ 1日に3回以上 (1) 同一建物内1人 8,000円 (2) 同一建物内2人 8,000円 (3) 同一建物内3人以上 7,200円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様

同一建物居住者の人数の明確化
➤ 同一建物居住者に係る区分の算定方法を明確化する。
改定後
【基本療養費】 同一建物居住者に係る人数については、 <u>同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数</u> とすること。
【難病等複数回訪問加算 と 精神科複数回訪問加算】 同一建物内において、難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算(1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。
【複数名訪問看護加算 と 複数名精神科訪問看護加算】 同一建物内において、複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算(同時に指定訪問看護を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

複数名訪問看護加算等の見直し	
現行	改定後
【複数名訪問看護加算】	
イ 看護師等	イ 看護師等
4,500円	(1) 同一建物内1人 4,500円
	(2) 同一建物内2人 4,500円
	(3) 同一建物内3人以上 4,000円
ロ 准看護師	ロ 准看護師
3,800円	(1) 同一建物内1人 3,800円
	(2) 同一建物内2人 3,800円
	(3) 同一建物内3人以上 3,400円
ハ 看護補助者(二以外)	ハ 看護補助者(二以外)
3,000円	(1) 同一建物内1人 3,000円
	(2) 同一建物内2人 3,000円
	(3) 同一建物内3人以上 2,700円
ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示)	ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示)
(1) 1日に1回の場合	(1) 1日に1回の場合
3,000円	① 同一建物内1人 3,000円
	② 同一建物内2人 3,000円
	③ 同一建物内3人以上 2,700円
(2) 1日に2回の場合	(2) 1日に2回の場合
6,000円	① 同一建物内1人 6,000円
	② 同一建物内2人 6,000円
	③ 同一建物内3人以上 5,400円
(3) 1日に3回以上の場合	(3) 1日に3回以上の場合
10,000円	① 同一建物内1人 10,000円
	② 同一建物内2人 10,000円
	③ 同一建物内3人以上 9,000円

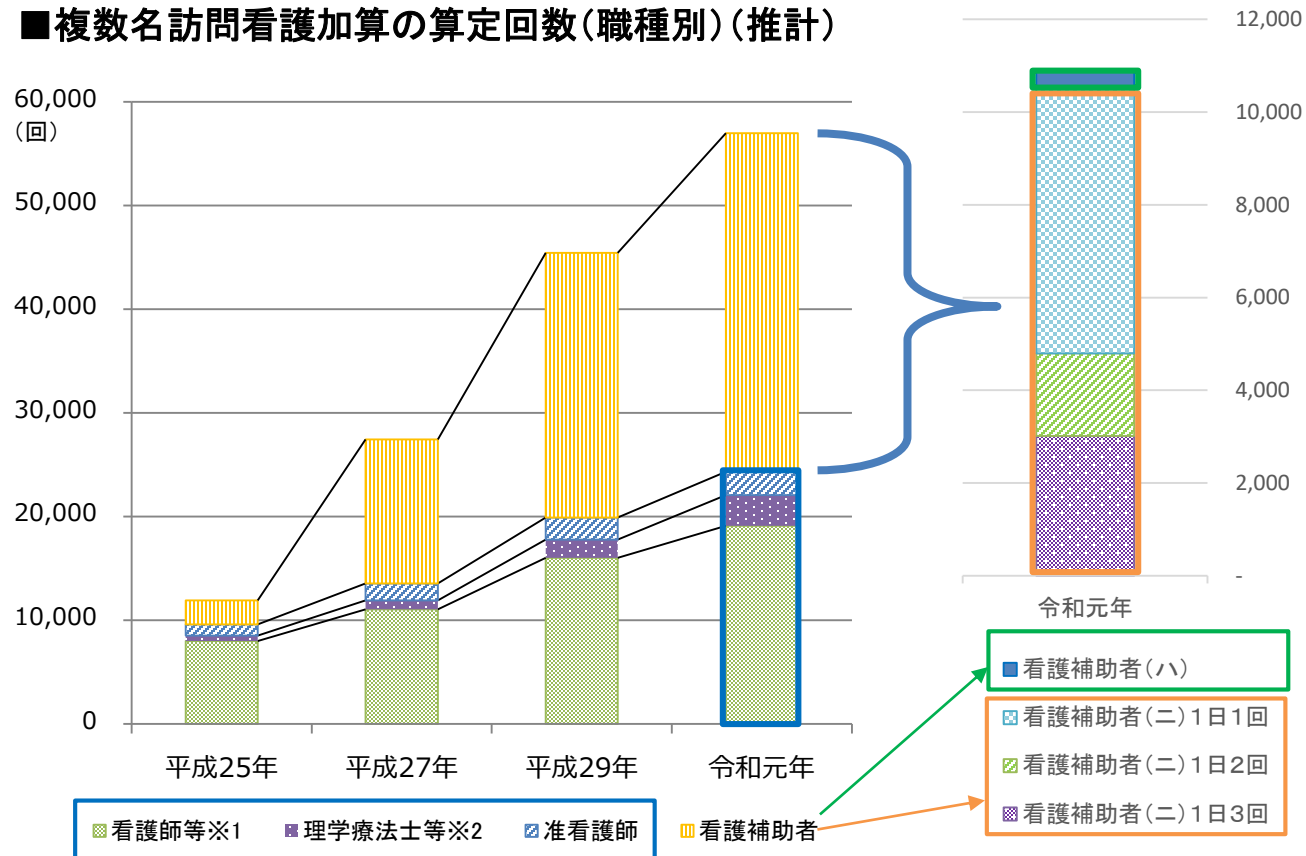
※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、
精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、
精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様

29

職種別複数名訪問看護加算の算定状況について

- 複数名訪問看護加算の算定回数は増加している。
- 看護補助者が同行する複数名訪問看護においても、別表7や別表8に該当する利用者や特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者が多い。

■複数名訪問看護加算の算定回数(職種別)(推計)



※1 保健師、助産師、看護師
 ※2 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

複数名訪問看護加算の対象者

- 看護師等、理学療法士等、准看護師等
 ※週に1回まで
 - ・別表7に該当する利用者
 - ・別表8に該当する利用者
 - ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者
 - ・暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- 看護補助者(ハ)
 ※週に3回まで
 - ・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
 - ・暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
 - ・その他利用者
- 看護補助者(ニ)
 - ・別表7に該当する利用者
 - ・別表8に該当する利用者
 - ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者

【医療保険】

【介護保険】

小児等40歳未満の
者、要介護者・要支
援者以外

(原則週3日以内)

要支援者・要介護者

(限度基準額内 無制限
(ケアプランで定める))

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

特別訪問看護指示書^{注)}の交付を受けた者
有効期間:14日間 (一部、2回交付可※2)

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

算定日数
制限無し

※1: 別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2: 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間: 28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注): 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

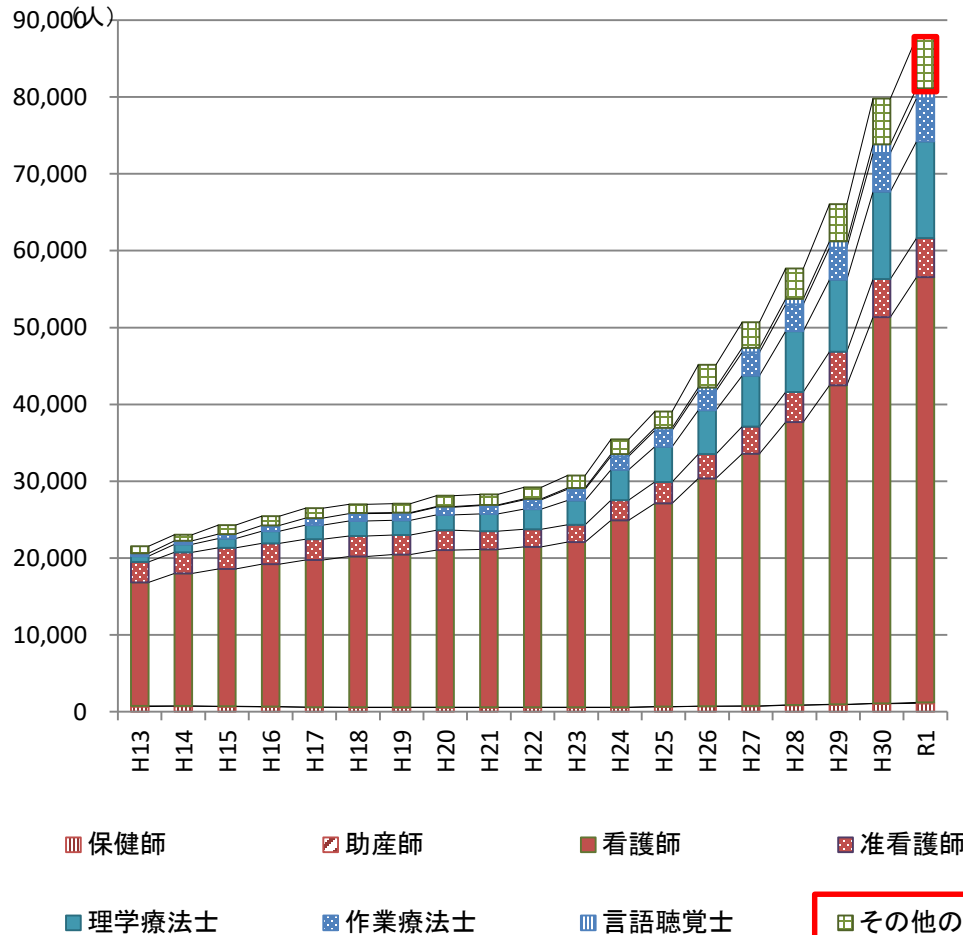
※3: 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

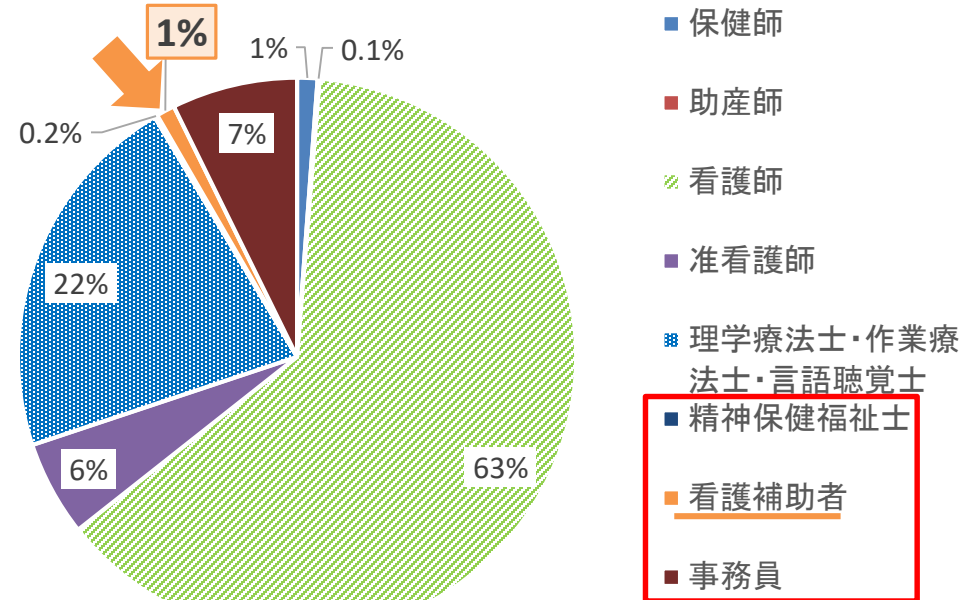
訪問看護ステーションにおける看護補助者の配置状況

○ 訪問看護ステーションにおける看護補助者は職種別従事者の1%で、看護補助者を雇用している訪問看護ステーションは機能強化型で14%、機能強化型以外で5.6%だった。

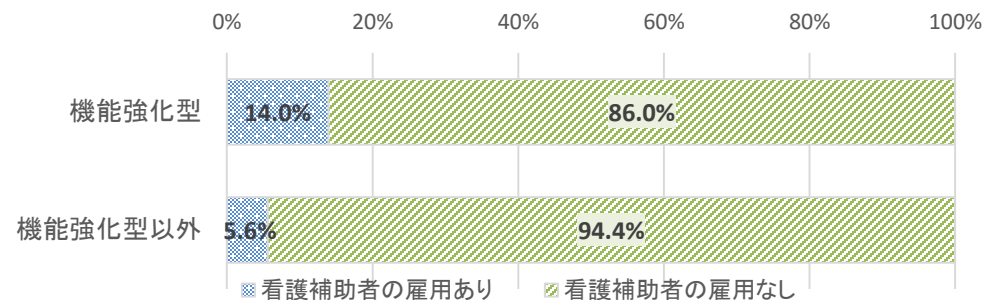
■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移(常勤換算)



■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者割合(常勤換算)



■ 看護補助者の雇用有無別の訪問看護ステーション割合(雇用形態問わず)



難病等複数回訪問加算について

○ 難病等複数回訪問加算の算定回数及び算定人数は増加傾向。

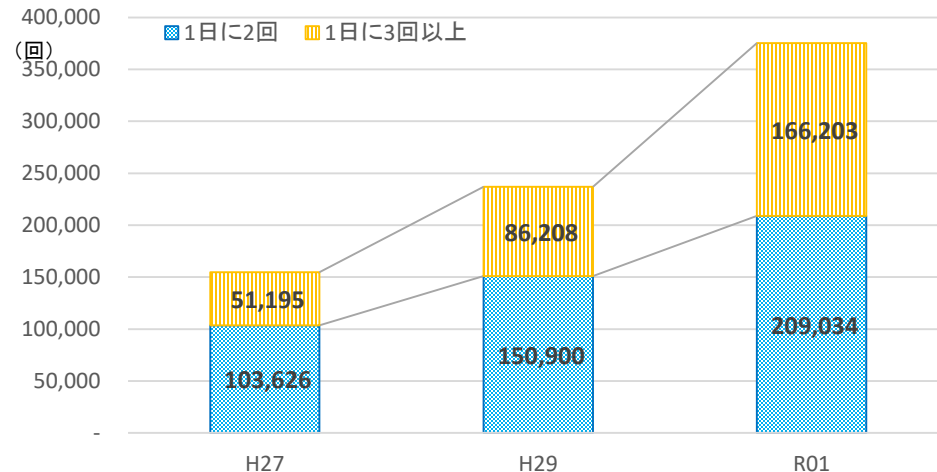
■ 難病等複数回訪問加算

- ・1日に2回の場合
 - (1) 同一建物内1人 4,500円
 - (2) 同一建物内2人 4,500円
 - (3) 同一建物内3人以上 4,000円
- ・1日に3回以上の場合
 - (1) 同一建物内1人 8,000円
 - (2) 同一建物内2人 8,000円
 - (3) 同一建物内3人以上 7,200円

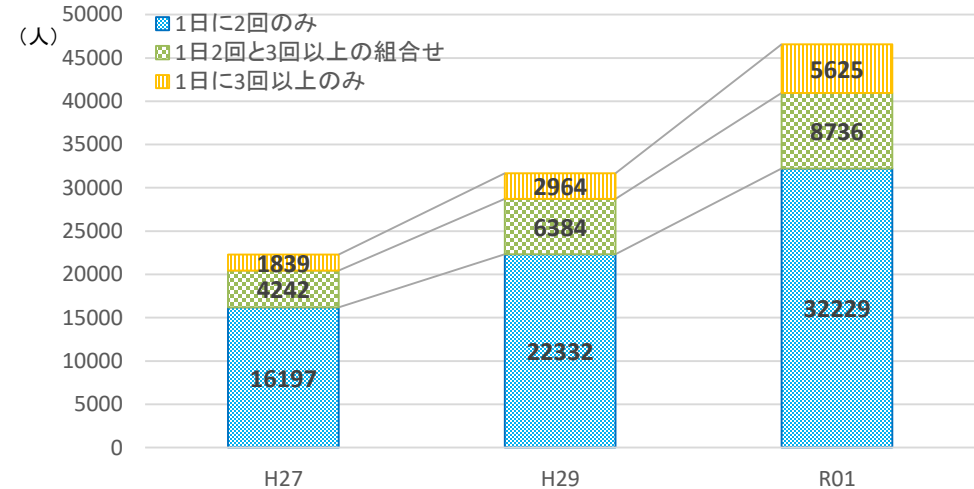
【対象者】

- ・週三日を超えて訪問看護を行う必要がある利用者であって、次のいずれかに該当するもの
 - (1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
 - (2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者
- ・必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を実施した場合に所定額に加算する。

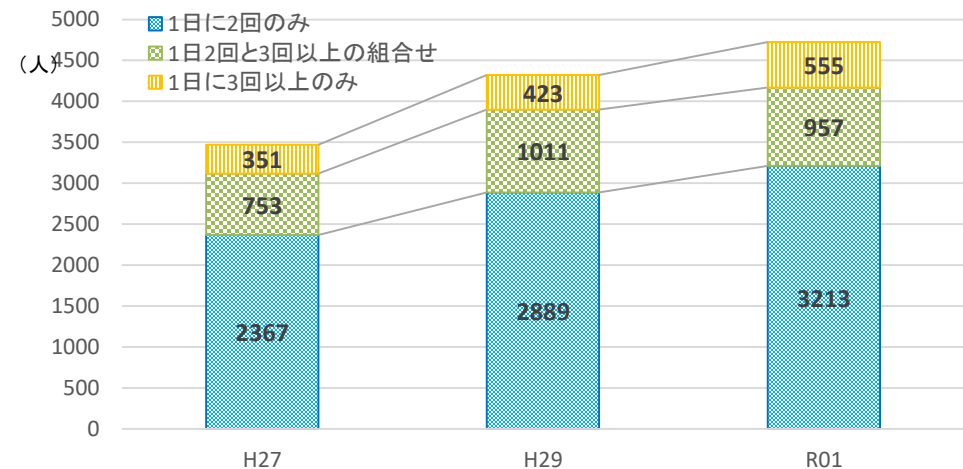
■ 難病等複数回訪問加算の算定回数（推計）



■ 難病等複数回訪問加算の算定人数（推計）



■ 難病等複数回訪問加算の算定人数（人工呼吸器を使用している状態の者※）（推計）



※指定難病を主たる要因として人工呼吸器を使用している利用者は在宅人工呼吸器使用患者支援事業の利用が可能

1. 訪問看護の提供体制

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

2-1 複数名訪問看護加算等について

2-2 退院支援指導加算について

3. 論点

退院日当日の訪問看護

- 退院支援指導加算の算定者数は増加傾向。
- 退院支援指導加算の算定利用者のうち、約66%が別表8の利用者だった。

■ 退院支援指導加算 6,000円

【対象者】

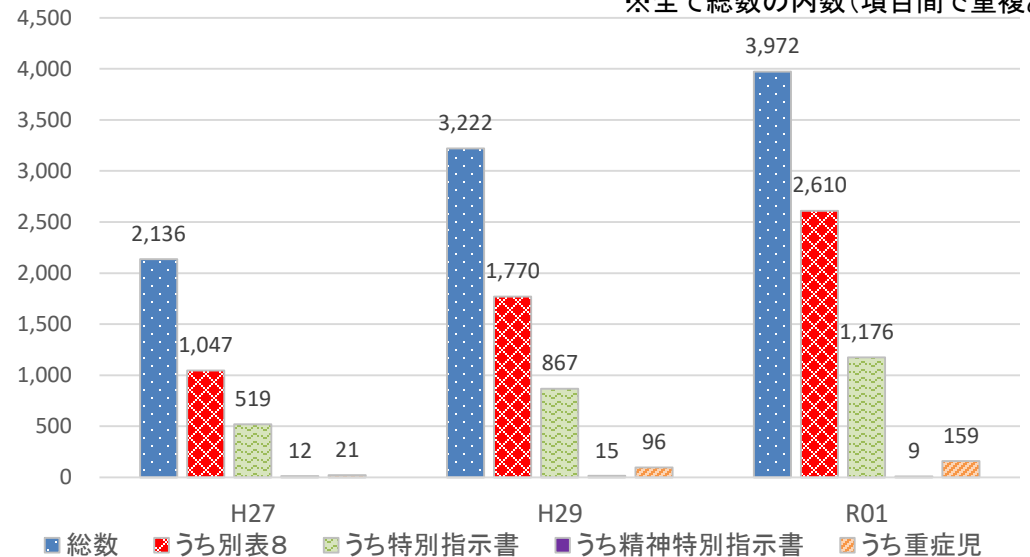
- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- (3) 退院日の訪問看護が必要であると認められた者

- ・保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に初日の指定訪問看護の実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合には、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。
- ・退院支援指導加算は、利用者の退院時に訪問看護指示書の交付を受けている場合に算定する。
- ・退院支援指導加算は、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できる。

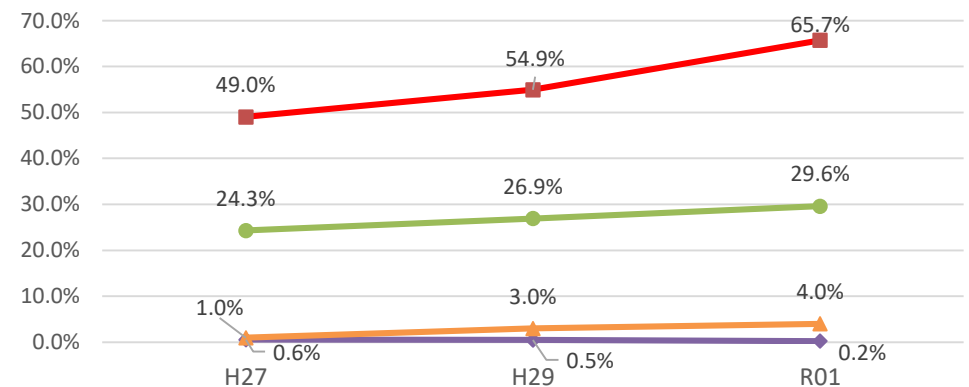
※退院当日は訪問看護基本療養費が算定できない

■ 別表8等該当有無別の退院支援指導加算の算定者数(推計)

※全て総数の内数(項目間で重複あり)



■ 退院支援指導加算の算定者数の総数に占める割合



■ 別表8の割合 ■ 特別指示書の割合 ■ 精神特別指示書の割合 ■ 重症児の割合

退院日当日の訪問看護

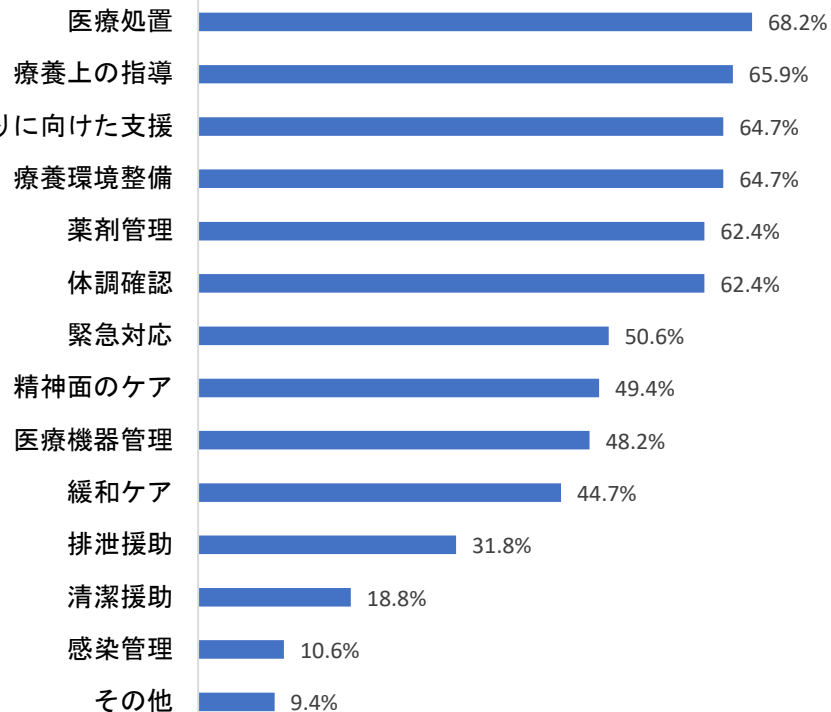
○ 訪問看護ステーションの約半数が退院当日に長時間の訪問を実施したことがあり、退院当日に実施したケア内容では「医療処置」が最も多かった。

■ 訪問看護ステーションにおける退院当日に実施した事例の有無

(n=141)



■ 退院当日に実施したケア内容 (n=85)



事例1

生後1ヶ月女児 先天性筋疾患の疑い

【退院時の状態】

体重2,880g

筋緊張低下、哺乳不良にて経鼻栄養。ミルクの投与量を調整中

【退院当日の看護】

①児の状態観察。胃管の固定位置が看護サマリーと異なっていたため病院に問い合わせ、退院前に変更されていたことを確認。

②45分かけてミルク60mlを注入、母の手技で児がげっぷを出せることを確認。また、70mlに増量しても嘔吐ないことを確認。

③緊急時の蘇生方法指導と連絡方法の確認、肛門の綿棒刺激方法指導

⑤スキンケア用品等の情報提供

事例2

80歳代女性 ALS

数ヶ月前より転倒や呼吸障害あり、去痰困難、CO2ナルコーシスを認めて入院。気管切開の上、人工呼吸管理となった。退院に伴い、在宅医・訪問看護導入。

【退院時の状態】

退院に伴い、80歳代の夫とともに長女宅の近くに転居。トイレ歩行可能。本人、夫ともに在宅での生活に不安が強い。

【退院当日の看護】

①氏の状態観察。

②在宅医とケアマネージャーも同時刻に訪問しており、在宅医からの緊急対応等の説明への同席、関係者間の情報共有を実施。

③環境調整(安全性や動線等を考慮したベッドと人工呼吸器配置の調整、呼吸器を装着したままのトイレ歩行の動線確認、医療材料の保管に係る助言等)

④家族の医療的ケアの手技確認(気管吸引や呼吸器アラーム時の対応、気管カニューレ保護下での体位変換等)

⑤注意点等指導(緊急時の連絡方法の確認等)

訪問看護に係る課題（小括 2）

（複数名訪問看護加算等について）

- ・複数名訪問看護加算の算定回数は増加傾向であり、看護補助者が同行する複数名訪問看護においても、別表7や別表8に該当する利用者や特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者が多い。
- ・訪問看護ステーションにおける看護補助者は職種別従事者の1%で、看護補助者を雇用している訪問看護ステーションは機能強化型で14%、機能強化型以外で5.6%だった。
- ・難病等複数回訪問加算の算定回数及び算定人数は増加傾向となっている。

（退院支援指導加算について）

- ・退院支援指導加算の算定者数は増加傾向で、算定利用者のうち、約66%が別表8の利用者だった。
- ・訪問看護ステーションの約半数が退院当日に長時間の訪問を実施したことがあり、退院当日に実施したケア内容では「医療処置」が最も多かった

1. 訪問看護の提供体制

2. 利用者の状態に応じた訪問看護の充実

3. 論点

訪問看護に係る論点

【訪問看護の提供体制について】

- 感染症や災害が発生した場合であっても必要な訪問看護を安定的に実施するために、平時からの訪問看護ステーションの体制整備や連携の在り方について、どのように考えるか。
- ICTを利用した在宅看取りについては、医師が「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、在宅患者訪問診療料の死亡診断加算を算定することが可能になっている。死亡診断等をサポートする訪問看護師に係る評価の在り方について、どのように考えるか。
- 退院当日の訪問は訪問看護基本療養費を算定できないため、訪問看護ターミナルケア療養費が算定できない場合がある。在宅での看取りを支援する観点から、退院当日を含めた退院直後のターミナルケアの評価の在り方について、どのように考えるか。
- 地域において専門性の高い看護師がコンサルテーションや人材育成等を実施している実態を踏まえ、機能強化型訪問看護ステーションに所属する専門性の高い看護師の評価の在り方について、どのように考えるか。

【利用者の状態に応じた訪問看護の充実について】

- 安全で質の高い訪問看護を提供する観点から、職種別の就業状況を考慮した複数名訪問看護加算の在り方について、どのように考えるか。
- 1日に複数回の訪問が必要な利用者の増加を踏まえ、難病等複数回訪問加算の在り方について、どのように考えるか。
- 医療的ニーズの高い利用者の円滑な在宅療養への移行を促進する観点から、退院支援指導加算の在り方について、どのように考えるか。

個別事項(その6)

1. データ提出等について

1－1 データ提出等に係る評価の現状等について

1－2 外来診療等に係るデータについて

1－3 医療情報システムについて

2. 診療報酬明細書の記載について

3. 自殺対策等について

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点

2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

※提出データ評価加算（施設基準を満たす場合） 40点

- ・ データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- ・ データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。
- ・ 提出データ評価加算: データ提出加算2又は4で許可病床数が200床未満に限る。
- ・ 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む）」に準拠したデータが正確に作成及び継続して提出されることを評価したもの。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

(1)「A207診療録管理体制加算」に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからウの保険医療機関にあっては、A207(1又は2)の施設基準を満たしていれば足りる。

ア:回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ:地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ:回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

(2)厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

(3)DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあっては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあっては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

(4)「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

(※) コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。

データ提出加算の届出を要件とする入院料の拡大について

中医協 総－2
3 . 8 . 2 5

○ これまでの診療報酬改定において、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大してきた。

1 データ提出加算 1

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

2 データ提出加算 2

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**

3 データ提出加算 3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**

4 データ提出加算 4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**

注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟又は病床について入院期間が90日を超えるごとにつき1回加算する。**

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般1 特定機能病院(7対1) 専門病院(7対1) 地域包括ケア病棟	平成26年度以降データの提出が必須	
急性期一般2～7 特定機能病院(10対1) 専門病院(10対1)	平成28年度以降 データの提出が必須	平成30年度以降 データの提出が必須
地域一般1～3 専門病院(13対1)	—	
回復期リハビリテーション病棟1～4	平成30年度以降データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	平成30年度以降 データの提出が必須 (経過措置②)	令和2年度以降 データの提出が必須 (経過措置①及び②)

[経過措置]

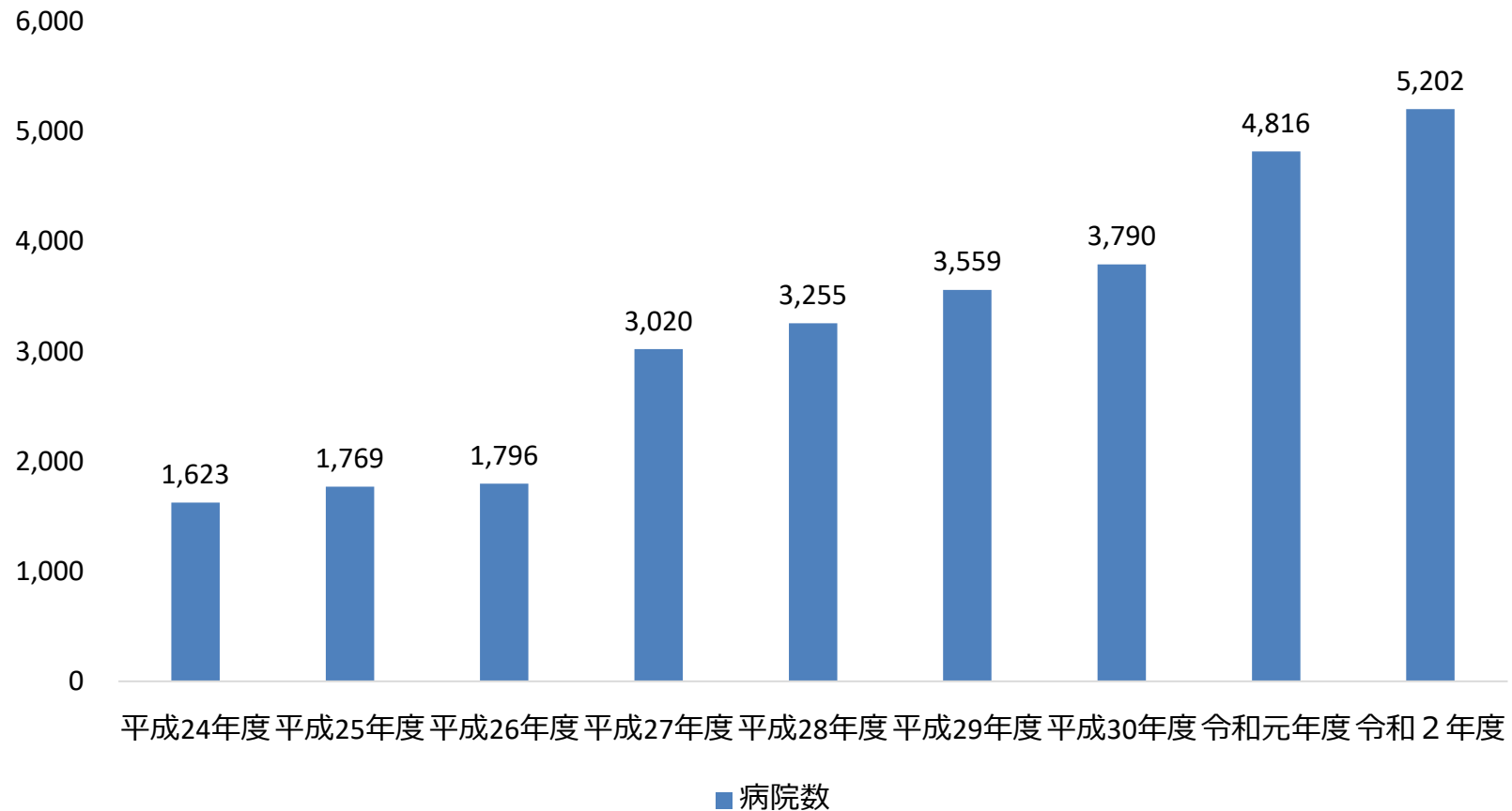
- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

データ提出加算の届出医療機関数の推移

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

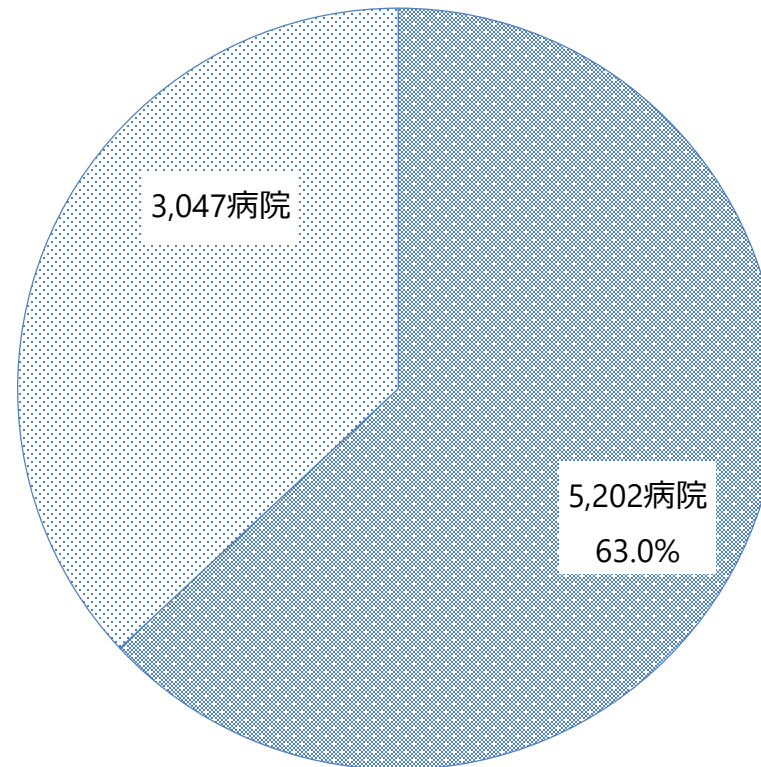
データ提出加算 届出医療機関数



データ提出加算の届出医療機関の割合

中医協 総－１－２
３．１０．２７

- 令和２年７月時点のデータと比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届出ている病院の割合は、63.0%であった。



■ データ提出加算を届け出ている病院

□ データ提出加算を届け出していない病院

DPC導入の影響評価に係る調査の概要

- 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータ（DPCデータ）には、以下の内容が含まれる。
- 提出されるDPCデータをもとに、入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析することができる。

様式名	内容	入力される情報
様式1	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況
Kファイル	3情報から生成した一次共通IDに関する情報	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ID

様式1(患者属性や病態等の情報)の概要

- 様式1は、病院を退院した全ての患者が作成の対象となっている。
- すべての患者に関する項目のほか、各種の病棟や特定の疾患に関する項目等が含まれる。

(例)

すべての患者に関する項目	急性期の病棟や特定の疾患等に関する項目	回復期、慢性期や精神病棟に関する項目
性別	がん初発/再発	要介護度
入退院年月日	TNM分類	要介護情報
入退院経路	肺炎の重症度分類	FIM(回復期リハビリテーション)
退院時転帰	NYHA心機能分類	入院時GAF尺度(精神)
身長・体重	手術情報	
高齢者情報(自立度)	SOFAスコア(ICU入室日・翌日/退室日)	
ADL(入棟時・退棟時)		

DPCデータを用いて行った分析の例

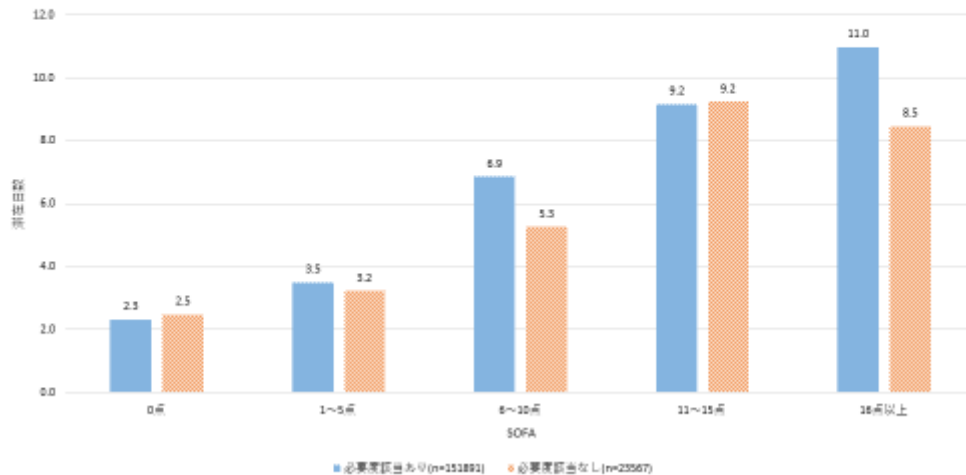
- DPCデータの各様式の情報を組み合わせることによって、多様な分析を実施することができる。
- これまでに、例えば、以下のような分析を実施してきた。
- 様式1の情報（SOFAスコアや入院経路）に加えて、様式3（特定集中治療室管理料や緩和ケア病棟入院料の届出状況）やHファイル（日ごとの重症度、医療・看護必要度の情報）の情報をを用いている。

必要度の基準該当別のSOFAスコアと平均滞在日数

中医協 総-1-2
3, 1 0, 2 7

- SOFAスコアが低得点であると、平均滞在日数が短い傾向があった。
- 必要度の該当別に平均滞在日数比較すると、以下のとおりであった。

特定集中治療室におけるSOFAスコアごとの平均滞在日数（必要度該当別）



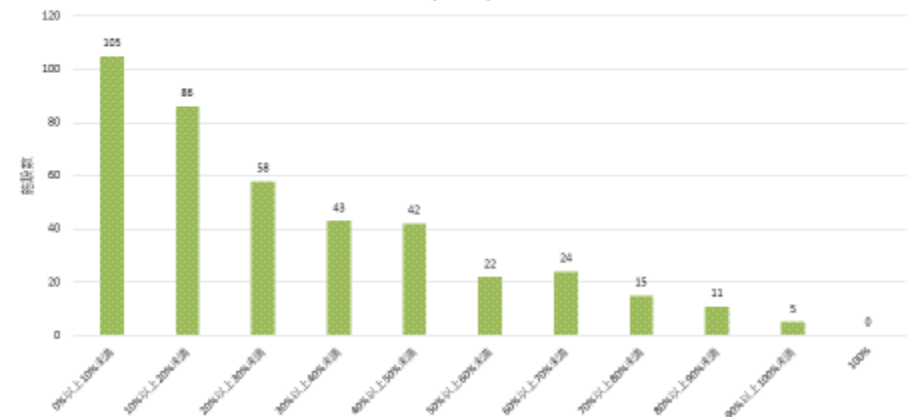
出典:令和2年度DPCデータ(様式1, 様式3, Hファイル, Hファイル)

緊急入院について

中医協 総-1-2
3, 1 0, 2 7

- 令和3年1月から3月の間に緩和ケア病棟に入院した患者について、入院経路が緊急入院であった患者の割合は以下のとおり。

令和3年1~3月緊急入院患者の割合 (n=411)



出典: DPCデータ

1. データ提出等について

1－1 データ提出等に係る評価の現状等について

1－2 外来診療等に係るデータについて

1－3 医療情報システムについて

2. 診療報酬明細書の記載について

3. 自殺対策等について

在宅医療における診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について①

○ 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。

1 調査の目的

- 令和2年度診療報酬改定では、多様化・高度化する在宅患者の医療ニーズに応じたきめ細かな対応促進等を目的に、平成30年度改定の際に新設された2か所目の医療機関による訪問診療の評価（在宅患者訪問診療料Ⅰ（2））について、必要に応じた訪問診療の提供可能期間の延長を行えることとした。また、在宅医療の後方支援体制の確保のため、在宅療養支援病院の対象となる病院を従前の240床未満から280床未満にしたことや、24時間の往診体制を確保するための医師の待機場所に関する要件の明確化が行われた。
このほか、必要な患者に速やかに適切な対応が行えるよう、（看護）小規模多機能型居宅介護への訪問診療の要件や在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定要件の見直し、訪問看護・指導体制充実加算の新設等が行われた。
また、在宅歯科医療については、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、歯科医師が他の保険医療機関に入院中、あるいは障害児入所施設等に入所中の患者の管理を行った場合に、新たに小児栄養サポートチーム等連携加算が算定できるよう見直しが行われた。また、歯科疾患在宅療養管理料については、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所が行うものについて、190点から200点への評価の充実が行われた。
- 本調査では、その影響を検証するために、在宅医療（歯科訪問診療を含む）、訪問看護を実施している保険医療機関等に訪問の実施状況や患者へ行われている医療内容、連携等について調査を行った。

2 調査の対象

- (1) 在宅医療調査
 - ① 在支診 1,000施設（無作為抽出）
 - ② 在支病 400施設（無作為抽出）
 - ③ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている診療所 600施設（無作為抽出）
 - ④ 訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っている医療機関（全数・131施設）
- 合計2,131施設
※患者調査 指定期間内に訪問診療を行った患者2名及び訪問看護を行った患者2名

在宅医療における診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について②

- 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。
- 調査内容については、施設の概要や診療体制、診療報酬の算定状況等が含まれている。

3 調査の方法

- いずれの調査も、対象施設に対して自記式調査票を郵送配布し、回答を依頼した。
- 対象施設からの回答方法は、同封の返信用封筒により記入済の紙の調査票を返送してもらう方法と、調査専用のウェブサイトから電子調査票をダウンロードし、記入済のファイルをメールで調査事務局あて送付してもらう方法の2種類を用意し、対象施設に選択いただけるようにした。
- 調査実施時期は、いずれの調査も令和2年12月～令和3年1月であった。

4 回収の状況

在宅医療調査は発送数2,131件に対し、有効回答数が622件（有効回答率29.2%）であった

施設数	有効回答数	有効回答率
2,131	622(施設)	29.2%

5 調査内容の例

医療機関調査

- 施設の概要
 - ・ 開設者
 - ・ 訪問診療及び往診を行っている診療科
 - ・ 医療機関の種別
- 施設の診療体制及び患者数について
 - ・ 令和元年5月と9月及び令和2年5月と9月の患者数
 - ・ 全職員数、在宅医療の実施のため患家に訪問する職員数（常勤換算）
 - ・ 在宅医療を担当する常勤・非常勤の医師数
 - ・ 訪問診療を行う時間をどのように定めているか
- 施設における、在宅医療に関する診療報酬の算定状況等について
 - ・ 各種診療料等の算定回数
 - ・ 在宅時医学総合管理料の算定回数
 - ・ 在宅時医学総合管理料の算定回数のうち要介護度等の状況別算定回数
 - ・ 要介護度別の患者へ提供する医療の内容として多いもの
- 訪問診療を受けている患者の状況等
 - ・ 患者の性別、年齢、訪問先
 - ・ 訪問先建物において、自施設が訪問診療を実施している患者数
 - ・ 調査日の診察状況、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度
 - ・ 精神疾患の有無、障害者手帳などの種類、同居家族等の有無
 - ・ 患家を訪問するのに用いる交通手段と移動時間
 - ・ 訪問診療を行ったきっかけ、理由、対象病名、ターミナルの状況にあるか
 - ・ 医師が実施した診療内容・連携、医師以外の職種が提供している医療内容等
 - ・ 訪問診療を開始した時期

リハビリテーションにおける診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について①

○ 検証調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。

1 調査の目的

- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入や、多様な病態に応じたリハビリテーションについての評価等の平成28年度診療報酬改定の内容を受けて、回復期リハビリテーション病棟の入院患者や廃用症候群リハビリテーション料を算定する患者の状況、維持期リハビリテーションの実施状況等について、診療報酬改定の効果・影響等を検証することを目的とする。

2 調査の対象等

- (1) 病院調査、診療所調査
 - ・ ①回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院から無作為抽出した1,000施設、② ①を除く脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している病院から無作為抽出した600施設。合計1,600施設
 - ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している診療所から無作為抽出した600施設
- (2) 回復期リハビリテーション病棟調査
 - 上記「病院調査」の対象施設が回復期リハビリテーション病棟を有する場合は、その病棟を対象とする。1施設につき1病棟を調査対象とする。
- 対象施設が記入する自記式調査票の郵送配布・回収。
- 「病院調査」の対象施設には、「病院調査」と「回復期リハビリテーション病棟調査」の調査票を配布。
- 調査実施時期は、平成29年7月13日～平成29年9月13日。

リハビリテーションにおける診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について②

- 検証調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。
- 調査内容については、施設の概要や診療体制、診療報酬の算定状況等が含まれている。

3 回収の状況

- 病院調査は発送数1,600件に対し、有効回答数が689件、有効回答率が43.1%であった。
- 診療所調査は発送数600件に対し、有効回答数が256件、有効回答率が42.7%であった。
- 回復期リハビリテーション病棟調査は、有効回答数が477件であった。

	発送数	有効回答数	有効回答率
①病院調査	1,600	689	43.1%
②診療所調査	600	256	42.7%
③回復期リハビリテーション病棟調査	—	477	—

4 調査内容の例

診療所調査

● 施設の概要

- ・ 開設者、種別、同一法人又は関連法人が運営している介護保険施設・事業所、職員数
- ・ 訪問リハビリテーションの実施状況

● 診療報酬項目の届出状況・算定状況等

- ・ 疾患別リハビリテーション料等の届出状況、届出時期、算定回数

● 外来患者に対するリハビリテーションの提供状況等

- ・ 外来患者数、外来リハビリテーション診療料の届出状況、算定回数、算定人数、届出がない理由
- ・ 疾患別リハビリテーション料の算定患者数、標準的算定日数を超えた患者数、維持期リハビリテーションの実施患者数等
- ・ 維持期リハビリテーションの要介護被保険者等のうち、通所リハビリテーションへの移行困難者数及びその理由
- ・ 移行困難者の要介護度、心理的抵抗感の詳細、主な傷病、維持期リハビリテーションとなってからの期間、ADL

● 目標設定等支援・管理料の算定状況等

- ・ 目標設定等支援・管理料算定実績の有無
- ・ 疾患別リハビリテーション料を算定している要介護被保険者等の人数、目標設定等支援・管理料の算定患者数等

外来医療における診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について①

○ 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。

1 調査の目的

- 令和2年度診療報酬改定において、かかりつけ医機能のさらなる推進、普及の推進、他の医療機関との連携強化の観点から、地域包括診療加算、診療情報提供料の要件見直しとともに、小児かかりつけ診療料、小児科外来診療料の見直し、機能強化加算の揭示等の情報提供に係る要件、オンライン診療料の要件等の見直しを行った。また、治療と仕事の両立に資する取組を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料の見直し、相談支援加算の創設を行った。
- これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や関連する取組等の実施状況について調査・検証を行った。

2 調査の対象等

1. 受診時の定額負担等に関する実態調査

- ① 施設調査 特定機能病院、地域医療支援病院、その他の200床以上の病院、200床未満の病院等から計1,727病院を抽出（精神科病院を除く）
- ② 患者調査
施設調査の対象病院1施設につき4名の患者（初診2名、再診2名）

2. かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書に関する調査

- ① かかりつけ医調査の施設調査
地域包括診療料、地域包括診療加算、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、機能強化加算の未届出施設によって病院・一般診療所を区分し、計2,826医療機関を抽出した。
- ② かかりつけ医調査の患者調査
施設調査の調査対象医療機関1施設当たり6名。各施設において、地域包括診療料／加算の算定患者、それ以外の患者、初診患者から選定。
- ③ オンライン診療にかかる意識調査
施設調査の調査対象医療機関1施設当たり6名。各施設において、情報通信機器を用いた診療を行っている患者、電話診療を行っている患者、いずれも行っていない患者、から選定。
- ④ 小児科調査の施設調査
小児かかりつけ診療料の施設基準の届出の有無等によって病院・一般診療所を区分し、計600医療機関を抽出した。
- ⑤ 小児科調査の患者調査
施設調査の調査対象医療機関1施設当たり6名。各施設において、小児かかりつけ診療料の算定の有無、6歳以上／未満、初診／再診により分けて、患者を選定。

外来医療における診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について②

- 検証調査においては、以下のような方法において、調査を実施している。
- 調査内容については、施設の概要や診療体制、診療報酬の算定状況等が含まれている。

3 回収の状況

① 定額負担調査

発送数は1,727件であり、施設票の有効回答数は856件、有効回答率は49.6%。患者票の有効回答数は1,580件。

② かかりつけ医調査

発送数は2,826件であり、施設票の有効回答数は700件、有効回答率は24.8%。かかりつけ医患者票の有効回答数は1,252件、オンライン診療患者票の有効回答数は490件。

③ かかりつけ医小児科調査

発送数は600件であり、施設票の有効回答数は159件、有効回答率は26.5%。患者票の有効回答数は407件。

	発送数	有効回答数	有効回答率
定額負担調査 施設票	1,727	856(施設)	49.6%
特定機能病院	80	60	69.8%
一般病床200床以上の地域医療支援病院	617	355	57.5%
一般病床200床以上の病院(特定機能病院・地域医療支援病院以外)	624	296	47.4%
一般病床200床未満の病院	400	129	32.3%
定額負担調査 患者票	—	1,580(人)	—
かかりつけ医調査 施設票	2,826	700(施設)	24.8%
かかりつけ医調査 患者票	—	1,252(人)	—
オンライン診療 患者票	—	490(人)	—
かかりつけ医小児科 施設票	600	159(施設)	26.5%
かかりつけ医小児科 患者票	—	407(人)	—

4 調査内容の例

● 定額負担に関する調査

- ・ 各医療機関の実施状況
- ・ 患者における認知度、意識

● 医療機関におけるかかりつけ医機能等の状況

- ・ 医療機関の診療体制
- ・ 新型コロナウイルス感染による影響
- ・ 届け出ている施設基準、届け出ることができない理由
- ・ 各種診療料等の算定状況
- ・ 地域包括診療料等を算定している患者の状況

● 患者におけるかかりつけ医に関する意識の状況

- ・ かかりつけ医の有無や通院の頻度
- ・ かかりつけ医に求める役割

● 患者におけるオンライン診療等に関する意識の状況

- ・ オンライン診療を受けた事があるかどうか、受けた場合はその実態等
- ・ オンライン診療に対する希望

● 小児科におけるかかりつけ医機能等の状況

- ・ 小児かかりつけ診療料の届出状況、算定状況等
- ・ 小児特定疾患カウンセリング料に係る状況

● 小児科患者におけるかかりつけ医に関する意識の状況

- ・ かかりつけ医の有無や通院の頻度
- ・ かかりつけ医に求める役割

令和 2 年度調査全体の概要①

中医協 総－１－２
３．１０．２７

- 調査方法：調査は原則として調査票の配布・回収により実施する。
- 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」、「患者票」を配布する。
※患者票は、入院患者票、退棟患者票及び補助票で構成される。患者票の調査対象は、調査日の入院患者から、医療機関側で無作為に３分の１抽出していただき決定する。
- 調査対象施設：調査の対象施設は、施設区分毎に整理した調査票の対象施設群から、無作為に抽出する。
- 調査負担軽減のため、施設調査票及び患者票の一部については、診療実績データ（DPCデータ）での代替提出を可能とする。
- 調査項目（４）をヒアリングのみで実施し、実態をより詳細に把握できるよう工夫する。

調査項目	各項目において調査対象となる施設
(１) 一般病棟入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」の施設基準等の見直しの影響について（その１）	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関
(２) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について（その１）	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関
(３) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について（その１）	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料等の届出を行っている医療機関
(４) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について	医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関



調査対象施設の区分に応じて、次項の通りA票からD票に整理

在宅で療養を行っている患者に訪問診療を行った場合に 包括される診療に係る費用について

- 在宅医療においては、以下に示すとおり、①定期的に訪問して診療を行った場合の評価、②総合的な医学的管理等を行った場合の評価、③指導管理等に対する評価がそれぞれ設けられている。
- ②に該当する、在宅時医学総合管理料には、投薬に係る費用や一部の処置等、在宅療養に係る費用が一部包括されている。
- ①から③の包括的な評価である在宅がん医療総合診療料には、診療に係る費用(一部を除く)が全て包括されている。

	例1) 自己注射を行っている患者	例2) 末期悪性腫瘍の患者
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価	訪問診療料	在宅がん医療総合診療料 診療に係る費用(※)は包括
②総合的な医学的管理等を行った場合の評価	在宅時医学総合管理料 投薬・処置(※)等は包括	
③指導管理等に対する評価 (在宅療養指導管理料・材料加算)	在宅自己注射	

(※)一部を除く。

生活習慣病の診療の評価について

中医協 総－ 3
3 . 7 . 7

	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	650～1,280点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	治療計画に基づき、服薬、運動、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たったの問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73m ² 未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	- 療養計画書を作成。 - 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。 - 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録し、当該患者数を定期的に記録。 - 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 - 糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。	- 指導計画を作成。 - ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。	「透析予防診療チーム」（糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師（保健師）及び管理栄養士からなる）が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 - 指導計画を作成する。 - 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。	糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	200床未満の病院及び診療所	- 糖尿病・糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師1名以上配置。 - 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を1名以上配置。	- 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤。 - 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。 - 糖尿病教室を定期的に実施している。 - 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。	次の②の①に対する割合が5割以上。 ① 3か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者 ② ①から3月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く）、検査、投薬、注射、病理診断		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

生活習慣病に係るデータ収集のコア項目セット

○ 代表的な生活習慣病である糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病(CKD)の4疾患について、関係学会(日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本動脈硬化学会、日本腎臓学会、日本臨床検査医学会、日本医療情報学会)では、医療情報の標準化により日常診療、専門診療、地域連携、臨床研究・疫学研究、さらには医学教育や患者教育における効率的な利活用を進めるために、どのような目的のデータ収集にも含むべき「生活習慣病コア項目セット」を定めている。

○ これらの疾患は、「慢性疾患である」「患者数が多い」「個人の自助努力が重症化予防に大きく影響する」「病状の管理のための臨床パラメーター(検査値など)が明確である」などにより選定されている。

○ 検査項目は、「診療に不可欠」かつ「日常臨床において頻用されている」かつ「客観性の高い判断に基づくデータ項目あるいは測定数値データ項目そのもの」などの条件により選定されている。(※各患者にとって必ずしも最も重要な項目であるわけではない)

図表1-1

生活習慣病コア項目セット集(第2版)

2018年10月公開

ID	項目	単位・表現	糖尿病 コア項目セット	高血圧 コア項目セット	脂質異常症 コア項目セット	CKD コア項目セット
1	身長	Cm				
2	体重	Kg				
3	収縮期血圧	mmHg				
4	拡張期血圧	mmHg				
5	LDLコレステロール	mg/dL				
6	HDLコレステロール	mg/dL				
7	喫煙	あり、なし、過去にあり				
8	血清クレアチニン	mg/dL				
9	尿蛋白	ー、±、+、2+、3+以上				
10	血糖	mg/dL				
11	糖尿病診断年齢	10歳未満、10歳代、以後10歳毎80歳代以上まで、不明				
12	HbA1c (※1)	%				
13	ALT	IU/L				
14	網膜症	あり、なし、不明				
15	高血圧診断年齢	10歳未満、10歳代、以後10歳毎80歳代以上まで、不明				
16	血清カリウム	mEq/L				
17	心電図異常	あり、なし、不明				
18	中性脂肪	mg/dL				
19	脂質異常症の診断年齢	10歳未満、10歳代、以後10歳毎80歳代以上まで、不明				
20	冠動脈疾患の既往	あり(造影検査)、あり(その他検査)、なし、不明				
21	CKD診断年齢	10歳未満、10歳代、以後10歳毎80歳代以上まで、不明				
22	血清アルブミン	g/dL				
23	血尿	ー、±、+、2+、3+以上(非肉眼的)、肉眼的				

※1 HbA1c: NGSP 値

1. データ提出等について

1－1 データ提出等に係る評価の現状等について

1－2 外来診療等に係るデータについて

1－3 医療情報システムについて

2. 診療報酬明細書の記載について

3. 自殺対策等について

検討会の趣旨・構成員

○情報通信技術の今後の見通し等も念頭に、**技術面から電子カルテをはじめとする医療情報システムの標準的なあり方を明らかにすること**を目的とし、**健康・医療戦略推進本部・次世代医療ICT基盤協議会のもとに開催**された有識者会議。

※2019年10月8日、24日、11月24日に開催。事務局：内閣官房・健康・医療戦略室。

○構成員

山本 隆一（座長、医療情報標準化推進（HELICS）協議会会長） 齋藤 洋平（フューチャー株式会社取締役）
 杉浦 隆幸（合同会社エルプラス代表者、日本ハッカー協会代表理事） 松村 泰志（大阪大学大学院医学系研究科情報統合医学講座教授）
 矢作 尚久（社会保険診療報酬支払基金特別技術顧問、慶應義塾大学政策・メディア研究科准教授）

今後の医療情報システムに求められる考え方

<目的>

- ▶ 主な課題としては、①医療機関間の医療情報共有やPHR等、施設外での医療データ管理・流通、②医療の実態評価や臨床研究等へのリアルワールドデータの活用、③医療の質・安全向上のためのシステム等、医療現場の意思決定支援への活用、への対応。
- ▶ 技術は10年単位で推移。**統一された電子カルテ、画一化された製品は現実的ではない。**

<基本的な考え方>

- ▶ 全体構想（グランドデザイン）が重要、クラウドベースで効率的で安全なシステムとなる可能性も追求
- ▶ 医師等がデータの流通を制御できるようにするための基盤として、データの外部出力機能、データの構造化、ハウスコードの標準コードへの変換、標準フォーマットで出力するAPI等を実装する必要がある

<具体的な対応>

- ▶ **HL7 FHIR**（データがXML又はJSON形式で表現され、アプリケーション連携が非常にしやすい）の普及が一つの方向性
- ▶ **標準的なコード**の拡大（検査・処方・病名等の**必要な標準規格から実装**）
- ▶ セキュリティや個人情報保護に対応する仕組みの構築
 - ・ OS等が最新の状態で安定して使用可能であること、アプリケーションの継続的なセキュリティ対策の実施、IoT化された医療機器のセキュリティ対策、クラウド型の電子カルテでは、インターネット接続状態でのセキュリティ対策。
 - ・ なりすまし等を防止するため、HPKI(Healthcare Public Key Infrastructure) の普及と現場での具体的な利用の在り方を前提とした検討。

② HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)について

HL7 FHIRとは

- HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。
- 医療の診療記録等のデータのほか、医療関連の管理業務に関するデータ、公衆衛生に係るデータ及び研究データも含め、医療関連情報の交換を可能にするように設計されている。

メリット

- **普及しているWeb技術を採用**し、実装面を重視しているため、実装者にわかりやすい仕様で**短期間**でのサービス立上げが可能
- 既存形式の蓄積データから必要なデータのみ抽出・利用が可能のため、既存の医療情報システムの情報を活用した**相互運用性を確保できる**

諸外国の状況

国	HL7 FHIRの活用状況
米国	FHIRベースのAPI実装を促すことを目的としてインセンティブ・ペナルティ施策を導入している。更に、国が運営する情報システム（CMS）においてFHIRを採用し、実装ガイド等の展開を図っている。
英国	電子カルテ調達契約において、FHIRを採用する標準仕様が定められている。国が運営するNHS Englandにおいては実質的に実装が義務化されており、APIや実装ガイド等の整備を行っている。
オランダ	官民連携によるPHR向けのFHIRを採用したAPI・実装ガイド等の整備・提供が行われており、インセンティブ施策として、医療機関・PHRベンダ向けの補助金制度および中小企業向けの投資を行っている。

諸外国では、HL7 FHIRの特徴を活かして、積極的に活用しつつある。

電子カルテ情報及び交換方式の標準化

【目指すべき姿】

患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能になる。

1. 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化の進め方

- ① 医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定める。
- ② 交換する標準的なデータの項目、具体的な電子的仕様を定める。
- ③ 当該仕様について、標準規格として採用可能かどうか審議の上、標準規格化を行う。
- ④ 標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発をベンダーにおいて行う。
- ⑤ 医療情報化支援基金等により標準化された電子カルテ情報及び交換方式等の普及を目指す。

HELICS協議会
審議中

2. 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目(イメージ)

- ・データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討する。

※HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。

※API (Application Programming Interface) とは、システム間を相互に接続し、情報のやり取りを仲介する機能。

- ・具体的には、医療現場での有用性を考慮し、以下の電子カルテ情報から標準化を進め、段階的に拡張する。

医療情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、
⑤救急時に有用な検査情報、⑥生活習慣病関連の検査情報

上記を踏まえた文書情報：①診療情報提供書、②キー画像等を含む退院時サマリー、
③処方箋データ、④健診結果報告書

※ 画像情報については、すでに標準規格 (DICOM) が規定されており、今後、キー画像以外の画像についても、医療現場で限られた時間の中で必要な情報を把握し診療を開始する際の有用性等を考慮して検討を進める。

注：その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、災害時の利用実態も踏まえ、カルテへの実装を進める。

電子カルテシステムの普及状況の推移

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成20年	14.2% (1,092／7,714)	38.8% (279／720)	22.7% (313／1,380)	8.9% (500／5,614)	14.7% (14,602／99,083)
平成23年 (※3)	21.9% (1,620／7,410)	57.3% (401／700)	33.4% (440／1,317)	14.4% (779／5,393)	21.2% (20,797／98,004)
平成26年	34.2% (2,542／7,426)	77.5% (550／710)	50.9% (682／1,340)	24.4% (1,310／5,376)	35.0% (35,178／100,461)
平成29年	46.7% (3,432／7,353)	85.4% (603／706)	64.9% (864／1,332)	37.0% (1,965／5,315)	41.6% (42,167／101,471)
うちSS-MIX 導入状況 (※4)	37.0% (1,269／3,432)	56.1% (338／603)	39.1% (338／864)	30.2% (593／1,965)	5.4% (2,266／42,167)

【注 釈】

(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

(※4) 電子カルテを導入している医療機関のみ「導入有り」と回答しているものと仮定

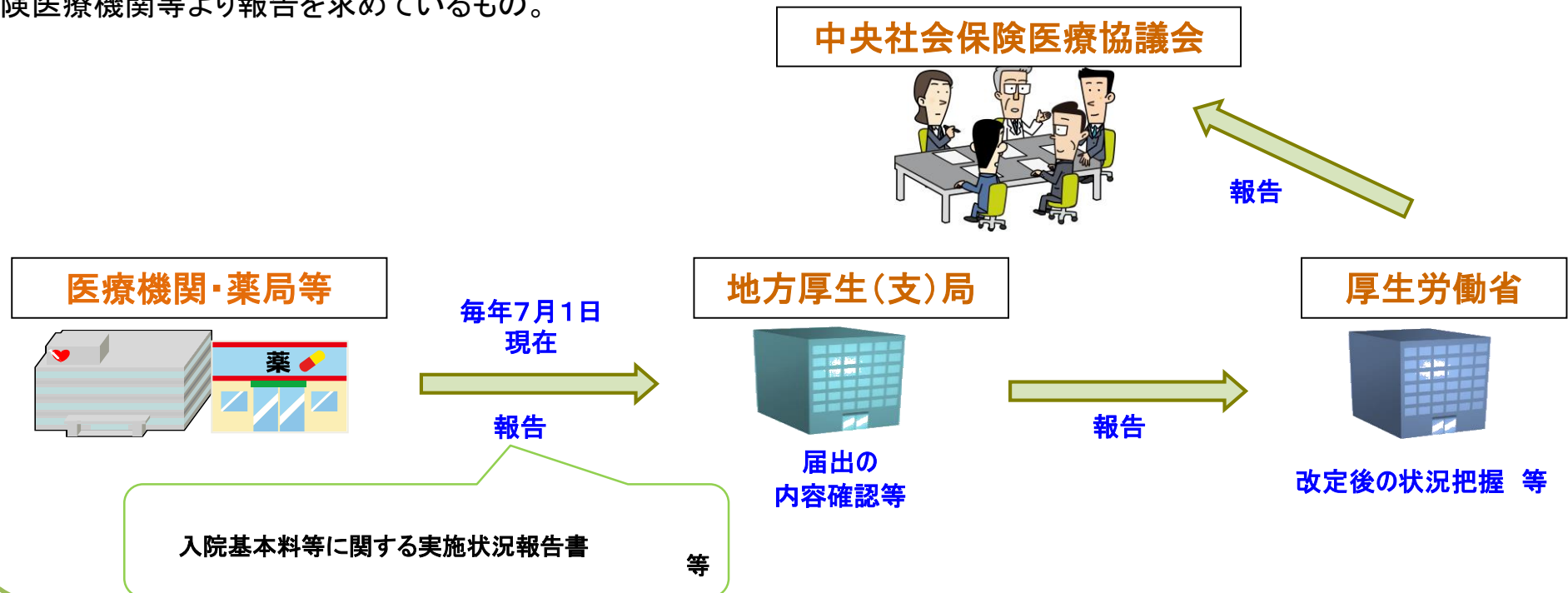
出典：医療施設調査(厚生労働省)

施設基準の届出状況等の報告(定例報告)について

- 各保険医療機関は、診療報酬の算定要件とされる施設基準について、療担規則の規定及び診療報酬改定の際に発出される各通知に基づき、地方厚生(支)局長に対して届出を行うこととされており、その適合性や実施状況等を確認するために毎年7月1日時点の状況を報告することとされている。
- この報告については、保険局医療課において取りまとめた内容について中央社会保険医療協議会へ報告を行っている。

施設基準等に関する定例報告(イメージ)

保険医療機関等における施設基準等の届出の実態を把握するため、毎年7月1日時点の状況等を地方厚生(支)局へ保険医療機関等より報告を求めているもの。



データ提出等に係る課題と論点

(データ提出等に係る評価の現状等について)

- ・ これまでの診療報酬改定において、データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の範囲を拡大してきており、データ提出加算を届け出ている医療機関数は令和2年度まで増加を続けている。
- ・ DPCデータには、各種の様式が含まれており、提出されるDPCデータをもとに、入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析することができる。
- ・ DPCデータの各様式の情報を組み合わせることによって、多様な分析を実施することが可能であり、これまでも活用を進めてきた。

(外来等におけるデータ提出について)

- ・ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療、外来医療のデータについては、診療報酬改定の結果検証に係る特別調査において施設基準の届出状況等の調査を行っているが、患者属性や病態、診療報酬算定情報の提出は求めている。
- ・ 入院医療のデータについては、入院医療等の調査を行っており、DPCデータとともに分析を行うことで実態の把握が可能となっている。
- ・ 在宅時医学総合管理料には、投薬に係る費用や一部の処置等、在宅療養に係る費用が、在宅がん医療総合診療料には、診療に係る費用が一部包括されている。
- ・ 地域包括診療料においては、在宅医療に係る点数や、薬剤料等を除く、診療に係る費用が、生活習慣病管理料においては検査、投薬、注射等に係る費用が包括されている。
- ・ 代表的な生活習慣病である糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病(CKD)の4疾患について、関係学会では、医療情報の標準化により日常診療、専門診療、地域連携等における効率的な利活用を進めるために、どのような目的のデータ収集にも含むべき「生活習慣病コア項目セット」を定めている。
- ・ 例えば、「特定の疾患を有するリハビリテーションを行っている外来の患者と、医科点数表に基づく出来高情報とのクロス集計による分析」の様な内容については、特別調査等において調査できない。

(医療情報システムについて)

- ・ 健康・医療戦略推進本部次世代医療ICT基盤協議会のもとに開催された有識者会議において、HL7 FHIRの普及や、標準的なコードの拡大が、今後の医療情報システムに求められる考え方のうち、具体的な対応として示された。HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであり、医療の診療記録等のデータのほか、医療関連の管理業務に関するデータ、公衆衛生に係るデータ及び研究データも含め、医療関連情報の交換を可能にするように設計されている。
- ・ また、社会保障審議会医療部会においても、患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能となるよう、医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定めることとされており、データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討することとされている。

- 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療を担う医療機関等の機能や役割を適切に分析・評価するため、診療を行っている患者の病態や実施した医療行為の内容等に係るデータを提出した場合の評価の在り方について、どのように考えるか。

1. データ提出等について

2. 診療報酬明細書の記載について

2-1 レセプト摘要欄の記載項目の選択式化について

2-2 検査値データのレセプト請求への活用について

3. 自殺対策等について

現状・課題

- 例えば、画像診断は「撮影部位を記載すること。」とされており、レセプト摘要欄に手入力で撮影部位を記載しているが、レセプト摘要欄への手入力は記載ミスとなっている。
- また、入力された撮影部位のレセプト表示も分かりにくく、入力後の確認が難しい。

〔入力画面イメージ〕

コメント
撮影部位きょうぶ

手入力記載

〔レセプト表示イメージ〕

70	撮影部位頭部		
	MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,450 X	1
	画像診断管理加算1（コンピューター断層診断）	70 X	1
	撮影部位胸部		
	CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器）		
	2回目以降減算（CT、MRI）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X	1

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、レセプト摘要欄に手入力で記載を求めている事項のうち、撮影部位等について選択式記載としてはどうか。
- また、レセプトに表示される際に、どの診療行為に対するコメントが分かるような記載（所要のコードを設定）としてはどうか。

〔入力画面イメージ〕

CT撮影（撮影部位）		
☐ 頭部	☐ 頸部	☒ 胸部
☐ 腹部	☐ 骨盤	☐ ..

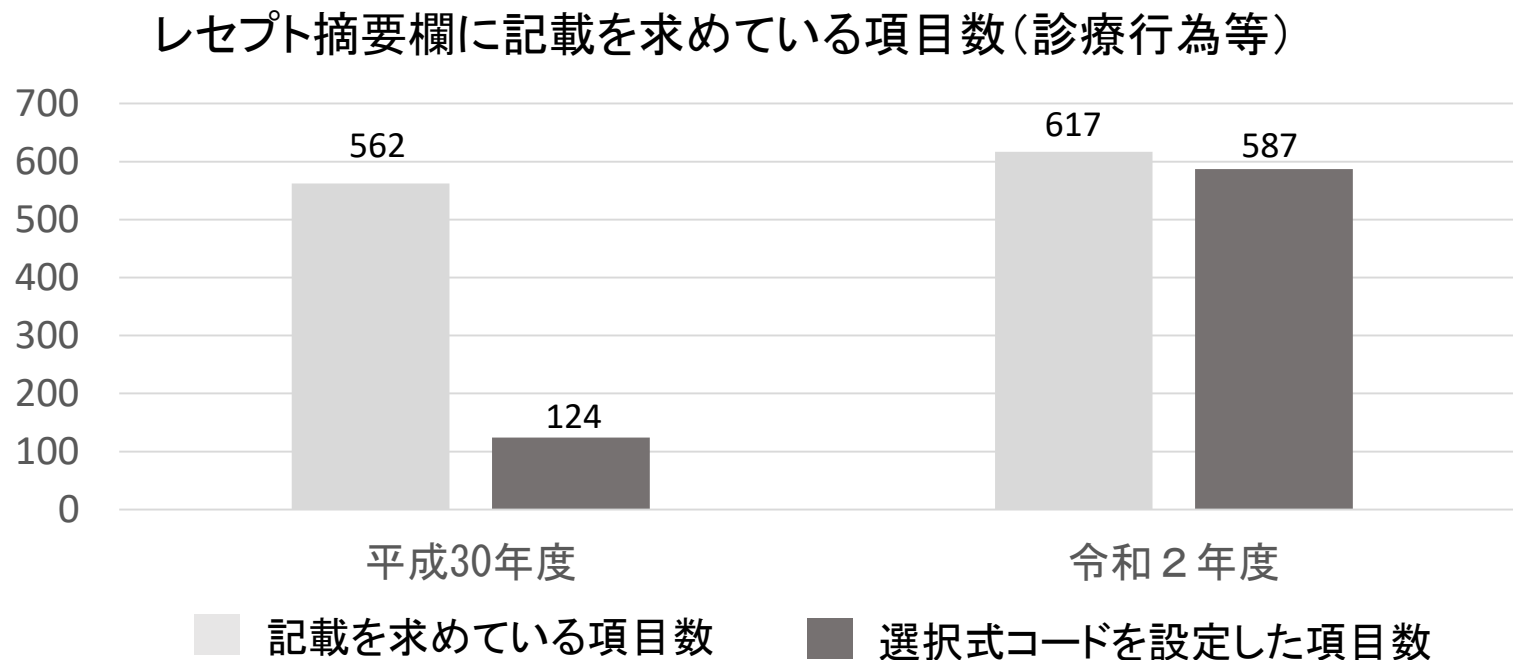
該当部位選択

〔レセプト表示イメージ〕

70	MRI撮影（撮影部位）：頭部		
	MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,450 X	1
	画像診断管理加算1（コンピューター断層診断）	70 X	1
	CT撮影（撮影部位）：胸部		
	CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器）		
	2回目以降減算（CT、MRI）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X	1

レセプト摘要欄の記載項目の選択式化の推移

- 平成30年度診療報酬改定において、医科・歯科の診療行為及び調剤行為（以下、「診療行為等」という。）のうちレセプト摘要欄に記載を求めている項目については、選択式記載を導入し、所要のコードを設定した。
- 令和2年度診療報酬改定において、選択式記載のさらなる拡充を図った。



「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭51.8.7保険発82)より

令和2年度診療報酬改定において、診療行為等のうちレセプト摘要欄に記載を求めていた項目のうち、約95%（平成30年度においては約22%）の項目を選択式記載へ移行。

レセプト摘要欄の記載項目の選択式化（医薬品）

- 医薬品のレセプト請求にあたって、適正使用推進GL等に基づき、レセプト摘要欄に記載を求めている項目は98項目（令和3年10月31日時点）存在するが、選択式記載は導入しておらず、フリーコメントとしてワープロ入力している。

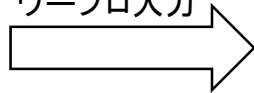
【例：テセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目】

「抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤に係る最適使用ガイドラインの策定に伴う留意事項について」（平30.4.17保医発0417第4号）より

〔入力画面イメージ〕※次の文言をワープロ入力

コメント	
施設要件	ア
医師要件	イ
併用投与	ア

フリーコメントとして
ワープロ入力



〔レセプト表示イメージ〕

33	点滴注射	95X 1
	テセントリク点滴静注1200mg	44,886X 1
	施設要件 ア	
	医師要件 イ	
	併用投与 ア	

○ 施設要件

次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）

ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院，地域がん診療連携拠点病院，地域がん診療病院など）。

イ 特定機能病院。

ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院，がん診療連携協力病院，がん診療連携推進病院など）。

エ 外来化学療法室を設置し，外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設。

オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設。

1. データ提出等について

2. 診療報酬明細書の記載について

2-1 レセプト摘要欄の記載項目の選択式化について

2-2 検査値データのレセプト請求への活用について

3. 自殺対策等について

「支払基金業務効率化・高度化計画」（平成29年7月4日公表）（抄）

（3）コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等

医療判断の基となる検査等の動画等を含むエビデンスデータ等の添付などが選択的に可能となる柔軟な仕組みを導入する。

期待される効果

- 現状では、診療データをレセプトに添付するケースは、厚生労働省令等により定める場合と、審査支払機関の審査委員会から添付を依頼する場合があるが、いずれもレセプトの件数としては数は多くない。
- レセプトがオンライン送付、診療データは紙送付の場合、以下のような事務負担が保険医療機関等、審査支払機関、保険者等で生じている
 - － レセプトと診療データの手作業による紐付け
 - － 診療データの郵送・管理又は画像取得・管理事務
- 仮に、オンラインで診療データ送受信が可能となる場合は、上記の事務そのものを廃止することが可能となる
- 加えて、検査値等の診療データがレセプトに予め記載される場合には、審査支払機関から医療機関へのレセプト返戻を減らすことができる

論点

- 現状の審査において、検査値や画像データ等の診療データは、どのようなケースにおいて有用か
- 現状の審査において、そのような診療データの送受信の量はどの程度か
- 診療データをオンラインで送受信するためには、医療機関、審査支払機関、保険者のそれぞれでどの程度の追加の費用が生じるか

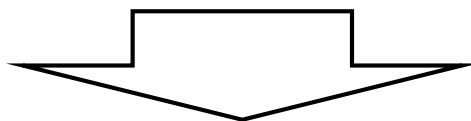
5. その他について

(3) 診療データの審査における活用

- 診療報酬のオンライン請求は、オンライン請求ネットワークを通じて行われるが、現状では、レセプトのCSVファイル又はテキストファイルのみを送受信することができることとなっており、レセプトの審査において診療データが必要となる場合には、個別に紙又は電子媒体の送付を行うなど、医療機関等及び審査支払機関の双方に業務負担が生じている。こうした業務負担の解消、ひいては、審査の質の向上に資するべく、診療データのオンラインによる送受信を着実に推進することが求められている。
- 診療報酬の審査は、レセプト情報に基づく審査を基本としているが、一部の審査では、検査値や画像、動画等の診療データも活用されており、支払基金・国保連の審査委員等から、その提出状況や審査における有用性についてヒアリングを行った。
- ヒアリングでは、レセプトの提出に当たり診療データが添付されるのは、厚生労働省令等により添付される場合と、審査委員会から特に確認を要する場合の依頼により添付される場合があり、後者については、以下のような例があることが示された。
 - ①算定された診療内容が一般的な診療内容と異なる場合（例：輸血の実施の適否を判断するためにヘモグロビン値を確認）
 - ②算定された術式の確認が必要な場合
 - ③高額レセプト（概ね6～8万点以上）の場合
- こうした現状を踏まえ、以下のように進めるべきである。
 - ・画像・動画のデータについては、現行の審査における活用ボリュームであれば、電子媒体などを用いた提出で滞りなく審査が行われており、現時点では、オンラインによるデータ提出の環境整備の必要性は低いとの意見があり、今後も引き続き検討を行う。
 - ・検査値データについては、審査の質と効率を高めることができるものについて、学会等のガイドラインも踏まえ審査の参考情報として提出することを含め検討を行う。

診療報酬明細書の記載に係る課題と論点

- ・ 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、平成30年度診療報酬改定において、レセプト摘要欄に記載を求めている事項については、選択式記載コード化を導入し、令和2年度診療報酬改定においてはさらなる拡充を図り、医科・歯科の診療行為及び調剤行為についてはほとんどが選択式コメント記載コードの設定を行ったところだが、医薬品の請求にあたってレセプト摘要欄に記載を求めている項目については、フリーコメントとして入力している状況。
- ・ 令和2年度支払基金と国保中央会等の審査支払機能の整合的かつ効率的な在り方について、具体的な方針・対象業務・工程等を検討するため、厚生労働省において検討会を開催され、その中で「検査値データについては、審査の質と効率を高めることができるものについて、学会等のガイドラインも踏まえ審査の参考情報として提出することを含め検討を行う」とこととされた。



- 医薬品の請求にあたってレセプト摘要欄にフリーコメントとして入力している項目においても、診療行為と同様、選択式コメント記載コードの設定を行うことについて、どのように考えるか。
- 検査値データについては、審査の質と効率を高めることができるものについて、学会等のガイドラインも踏まえ審査の参考情報としてレセプトの摘要欄に記載を求めることについて、どのように考えるか。

1. データ提出等について
2. 診療報酬明細書の記載について
3. 自殺対策等について

自殺対策基本法の概要について

基本理念の追加（第2条）

- 自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人がかけがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない
- 自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない

自殺予防週間・自殺対策強化月間（第7条）

- 自殺予防週間(9月10日～9月16日)を設け、啓発活動を広く展開
- 自殺対策強化月間(3月)を設け、自殺対策を集中的に展開

都道府県自殺対策計画等（第13条）

- 都道府県・市町村は、それぞれ都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画を定めるものとする

都道府県・市町村に対する交付金の交付（第14条）

- 国は、都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画に基づいて当該地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県・市町村に対し、交付金を交付

基本的施策の拡充

〔調査研究等の推進・体制の整備〕（第15条）

- ① 自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究・検証及びその成果の活用の推進・先進的な取組に関する情報の収集、整理及び提供
- ② 国・地方公共団体による①の施策の効率的かつ円滑な実施に資するための体制の整備

〔心の健康の保持に係る教育・啓発の推進等〕（第17条）

学校は、保護者・地域住民等との連携を図りつつ、各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵(かん)養等に資する教育・啓発、困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育・啓発その他児童・生徒等の心の健康の保持に係る教育・啓発を行うよう努める

〔医療提供体制の整備〕（第18条）

自殺のおそれがある者への医療提供に関する施策として、良質かつ適切な精神医療提供体制の整備、精神科医とその地域における心理、保健福祉等に関する専門家、民間団体等との円滑な連携の確保を規定

必要な組織の整備（第25条）

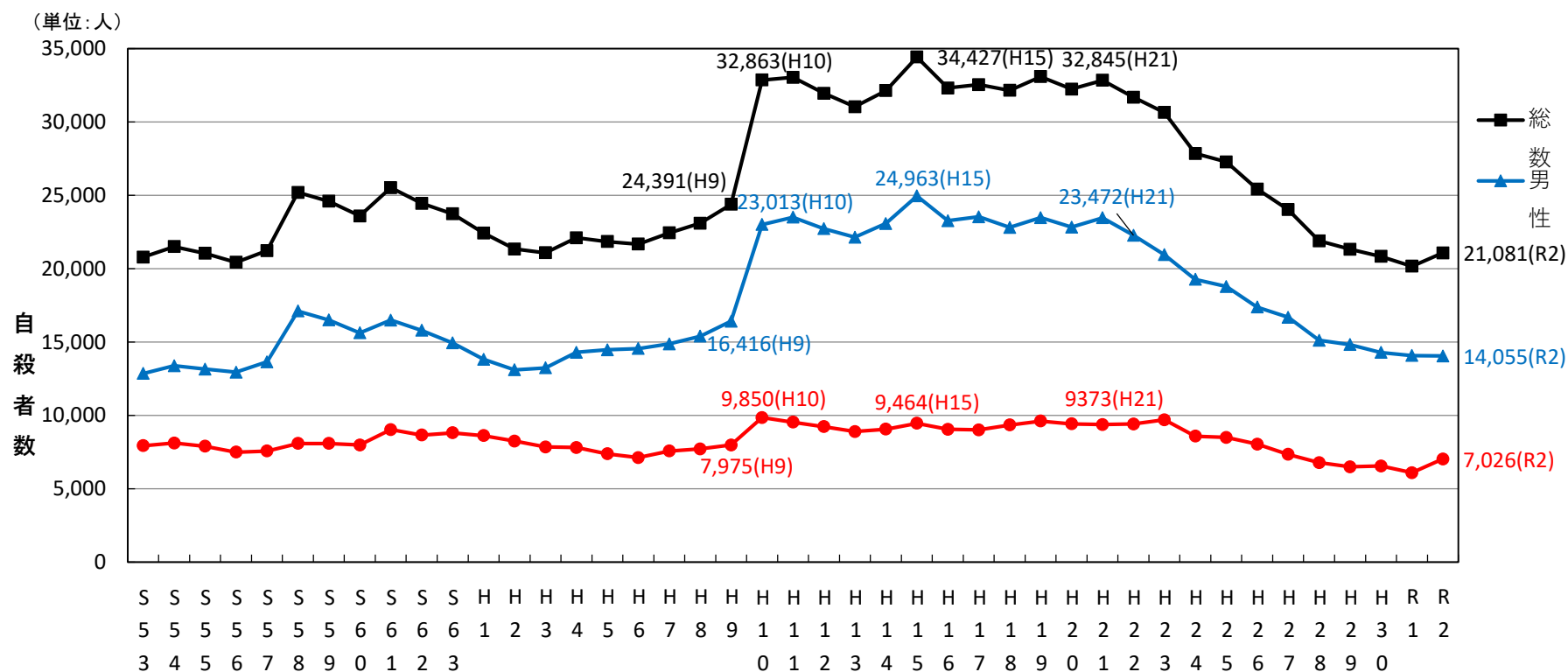
- 政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織を整備

自殺者数の年次推移(昭和53年～令和2年)

○令和2年の自殺者数は21,081人となり、対前年比912人(約4.5%)増。

○男女別にみると、男性は11年連続の減少、女性は2年ぶりの増加となっている。

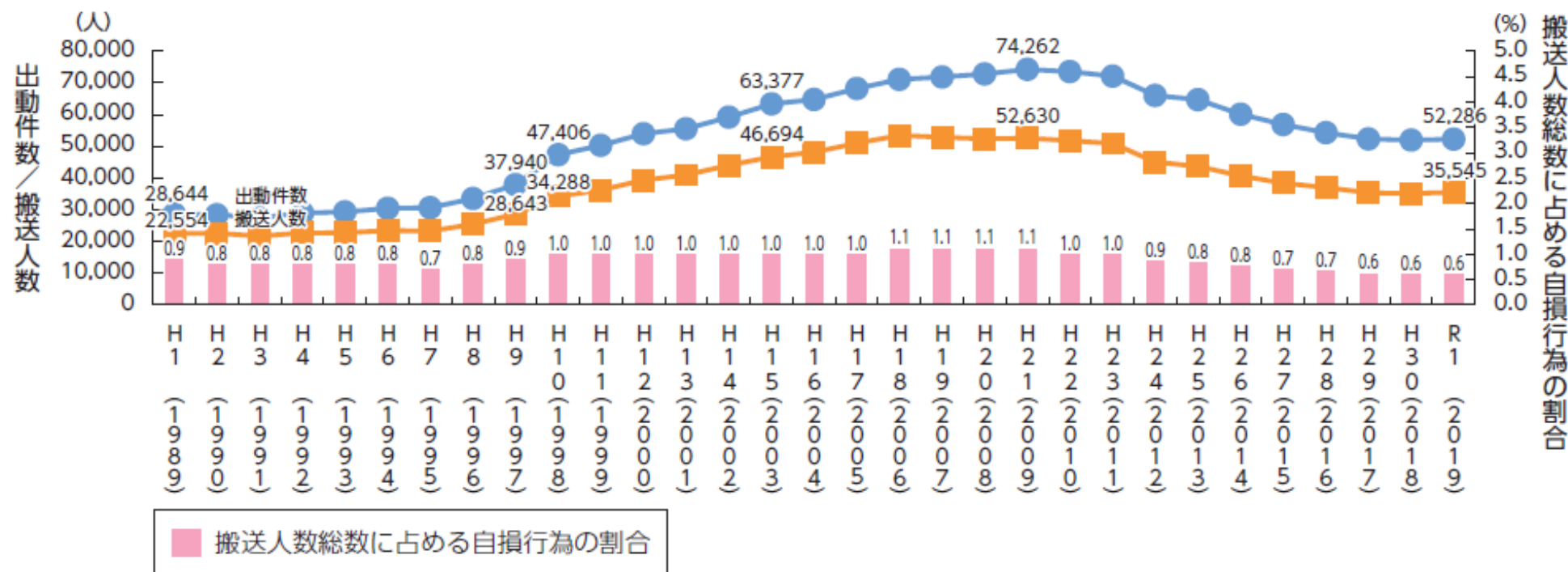
また、男性の自殺者数は、女性の約2.0倍となっている。



資料: 警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

自損行為による救急自動車の出動件数及び搬送人員の推移

○ 令和1年における自損行為の状況については、救急自動車の出動件数は5万2,286件であり、搬送人員は3万5,545人であった。



資料：消防庁「救急・救助の現況」より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺総合対策大綱について

- 平成18年に自殺対策基本法が成立し、同法に基づく「自殺総合対策大綱」に沿って、自殺対策を推進している。

「自殺総合対策大綱」（平成29年7月閣議決定）（概要）

第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

- 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている
- 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、**平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少**

（平成27年18.5 ⇒ 13.0以下）※令和元年15.7

（WHO:仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、
加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012)）

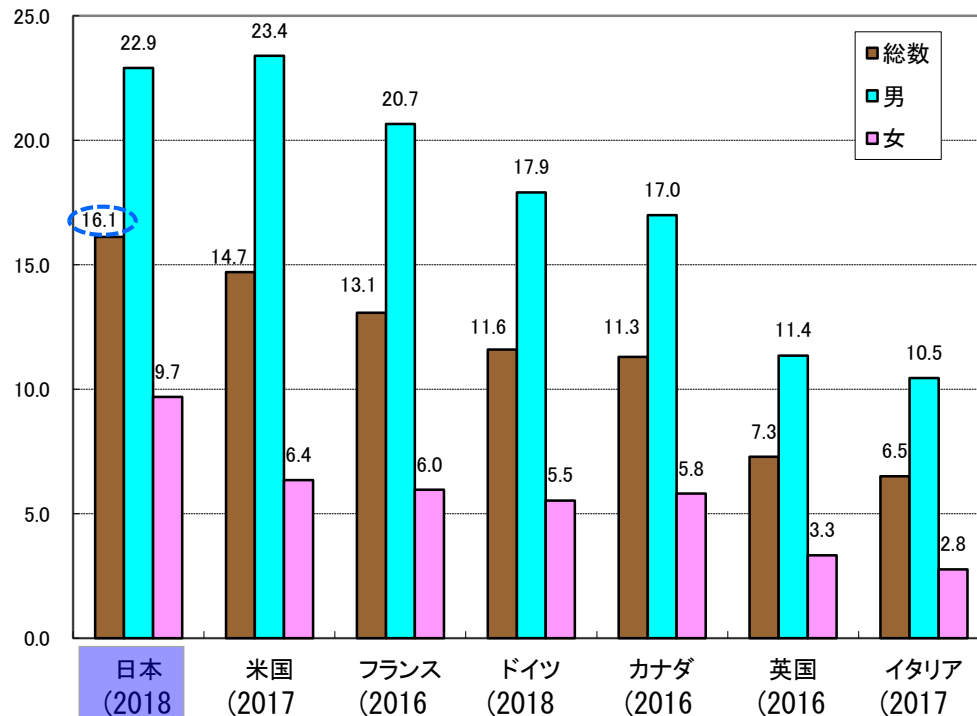
第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における計画的な自殺対策の推進
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

国際的に見た自殺の状況

○ 自殺は、G7各国においても若年層の死因の上位を占めるが、日本は第1位となっており、自殺死亡率も高くなっている。

先進国の自殺死亡率



先進国の年齢階級別死亡者数及び死亡率
(10歳代・20歳代、死因の上位3位)

10歳-19歳												
	日本 2018			フランス 2016			ドイツ 2018			カナダ 2016		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	602	5.4	不慮の事故	412	5.2	不慮の事故	334	4.3	不慮の事故	276	7.0
第2位	不慮の事故	304	2.7	悪性新生物	180	2.3	自殺	192	2.5	自殺	232	5.9
第3位	悪性新生物	225	2.0	自殺	152	1.9	悪性新生物	190	2.4	悪性新生物	104	2.6

	アメリカ 2017			イギリス 2016			イタリア 2017			韓国(参考) 2019		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	不慮の事故	4,790	11.5	不慮の事故	329	4.4	不慮の事故	302	5.2	自殺	298	5.9
第2位	自殺	3,005	7.2	悪性新生物	198	2.7	悪性新生物	192	3.3	不慮の事故	139	2.8
第3位	他殺	2,002	4.8	自殺	165	2.2	自殺	85	1.5	悪性新生物	109	2.2

20歳-29歳												
	日本 2018			フランス 2016			ドイツ 2018			カナダ 2016		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	2,104	17.7	不慮の事故	1,030	13.8	不慮の事故	754	7.8	不慮の事故	1,071	23.6
第2位	不慮の事故	571	4.8	自殺	575	7.7	自殺	714	7.3	自殺	609	13.4
第3位	悪性新生物	400	3.4	悪性新生物	380	5.1	悪性新生物	409	4.2	悪性新生物	201	4.4

	アメリカ 2017			イギリス 2016			イタリア 2017			韓国(参考) 2019		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	不慮の事故	22,111	49.9	不慮の事故	1,211	13.8	不慮の事故	727	11.6	自殺	1,306	19.2
第2位	自殺	7,815	17.6	自殺	741	8.5	自殺	301	4.8	不慮の事故	357	5.3
第3位	他殺	6,114	13.8	悪性新生物	466	5.3	悪性新生物	290	4.6	悪性新生物	283	4.2

※アメリカ・カナダの人口は世界保健機関資料より最新データが得られなかったため、最新の死亡データに合わせて各国の国勢調査データを利用した

※死因順位の分類は人口動態統計と同様、死因簡単分類表を用いた

資料：世界保健機関資料（2021年4月）より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺総合対策における当面の重点施策(ポイント)

○ 自殺対策基本法の改正の趣旨・基本的施策及び我が国の自殺を巡る現状を踏まえて、更なる取組が求められる施策は以下のとおり。

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する

- ・地域自殺実態プロフィール、地域自殺対策の政策パッケージの作成
- ・地域自殺対策計画の策定ガイドラインの作成
- ・地域自殺対策推進センターへの支援
- ・自殺対策の専任職員の配置・専任部署の設置の促進

2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

- ・自殺予防週間と自殺対策強化月間の実施
- ・児童生徒の自殺対策に資する教育の実施(SOSの出し方に関する教育の推進)
- ・自殺や自殺関連事象に関する正しい知識の普及
- ・うつ病等についての普及啓発の推進

3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する

- ・自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究・検証・成果活用(革新的自殺研究推進プログラム)
- ・先進的な取組に関する情報の収集、整理、提供
- ・子ども・若者の自殺調査
- ・死因究明制度との連動
- ・オンサイト施設の形成等により自殺対策の関連情報を安全に集積・整理・分析

4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る

- ・医療等に関する専門家などを養成する大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進
- ・自殺対策の連携調整を担う人材の養成
- ・かかりつけ医の資質向上
- ・教職員に対する普及啓発
- ・地域保健・産業保健スタッフの資質向上
- ・ゲートキーパーの養成
- ・家族や知人等を含めた支援者への支援

5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する

- ・職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- ・地域における心の健康づくり推進体制の整備
- ・学校における心の健康づくり推進体制の整備
- ・大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進

6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする

- ・精神科医療、保健、福祉等の連動性の向上、専門職の配置
- ・精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成等
- ・うつ病、統合失調症、アルコール依存症、ギャンブル依存症等のハイリスク者対策

7. 社会全体の自殺リスクを低下させる

- ・ICT(インターネットやSNS等)の活用
- ・ひきこもり、児童虐待、性犯罪・性暴力の被害者、生活困窮者、ひとり親家庭、性的マイノリティに対する支援の充実
- ・妊産婦への支援の充実
- ・相談の多様な手段の確保、アウトリーチの強化
- ・関係機関等の連携に必要な情報共有の周知
- ・自殺対策に資する居場所づくりの推進

8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ

- ・地域の自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備
- ・医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化
- ・居場所づくりとの連動による支援
- ・家族等の身近な支援者に対する支援
- ・学校、職場等での事後対応の促進

9. 遺された人への支援を充実する

- ・遺族の自助グループ等の運営支援
- ・学校、職場等での事後対応の促進
- ・遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等
- ・遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上
- ・遺児等への支援

10. 民間団体との連携を強化する

- ・民間団体の人材育成に対する支援
- ・地域における連携体制の確立
- ・民間団体の相談事業に対する支援
- ・民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援

11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する

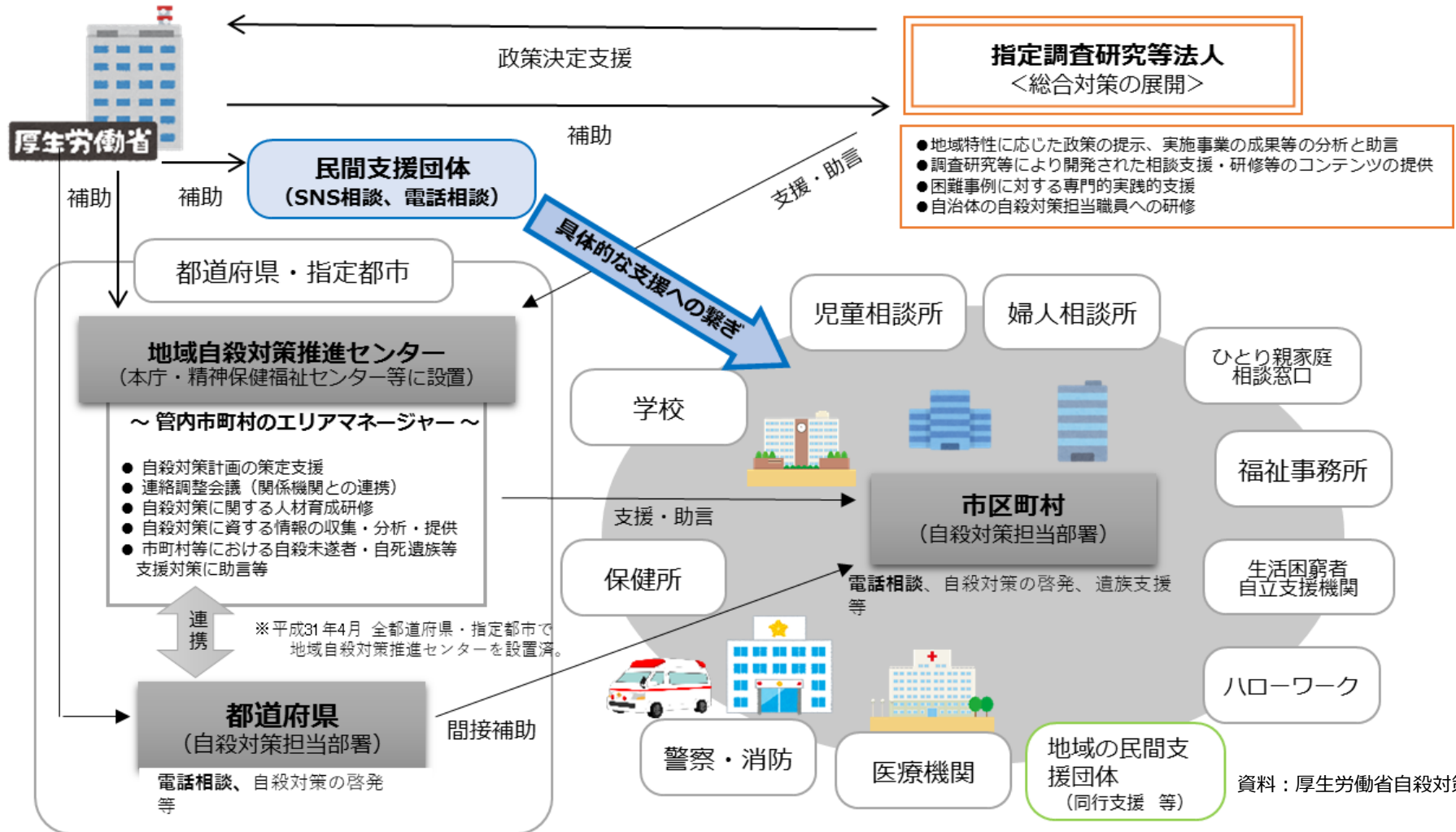
- ・いじめを苦にした子どもの自殺の予防
- ・学生・生徒への支援充実
- ・SOSの出し方に関する教育の推進
- ・子どもへの支援の充実
- ・若者への支援の充実
- ・若者の特性に応じた支援の充実
- ・知人等への支援

12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

- ・長時間労働の是正
- ・職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- ・ハラスメント防止対策

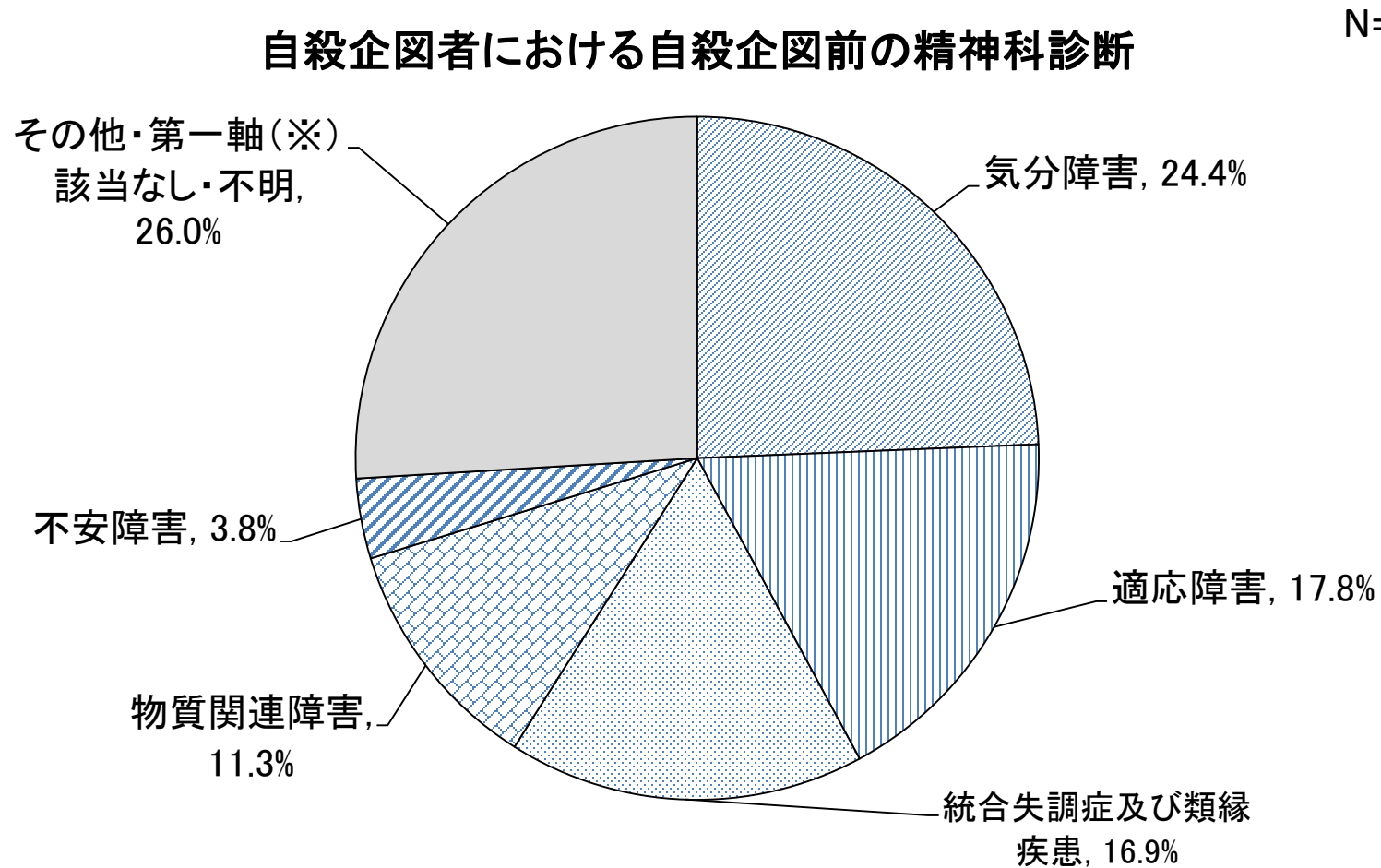
自殺対策の推進体制

- 市区町村において、保健・福祉・医療・労働・教育・警察等関係機関と連携を図りながら、自殺念慮者、自死遺族等への具体的な支援を行う等、地域の実情に応じた自殺対策を実施
- 都道府県及び指定都市が設置する地域自殺対策推進センターにおいて、市区町村への必要な助言や情報提供等を実施。
- 地方自治体や民間支援団体が実施する電話相談やSNS相談は、相談者ごとの悩みや問題に応じて地域の関係機関・支援団体につなぎ、具体的な支援を行う。
- 厚生労働省及び指定調査研究等法人において、地方自治体に対する地域の自殺データ提供、職員の研修、財政的支援、等を実施。また、民間の電話相談やSNS相談に対し、財政的支援を行う。



自殺に至る恐れのある精神疾患①

○ 自殺企図者の約70%は、自殺企図の前に気分障害、適応障害、統合失調症等の精神疾患と診断されている。



(※)DSM-IVにおけるⅠ軸診断名

山田他:BMC Psychiatry 2007より作成

自殺に至る恐れのある精神疾患②

○気分障害や統合失調症は、治療を受けている者でも有意に自殺率が高い。

■気分障害

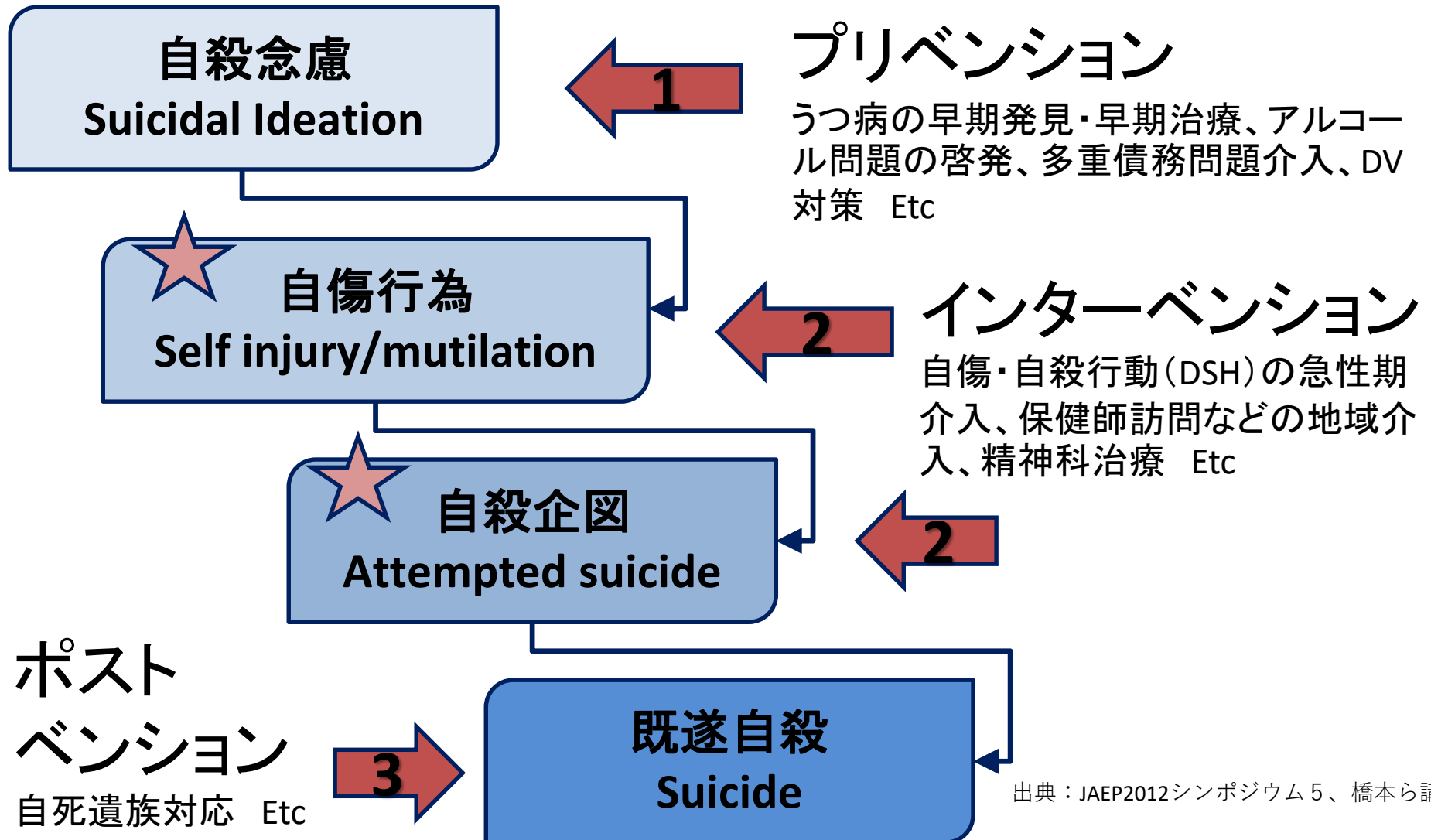
- ・うつ病で入院した患者を長期追跡 (Angst, 1999)
 - 全死因による死亡率が一般住民の1.4~2.5倍高い
 - 自殺死亡率は一般住民の8~35倍高い
- ・観察集団によるうつ病患者自殺率の違い (Bostwick, 2000)
 - 地域の一般住民: 0.5% 以下
 - うつ病患者(外来・入院の混在) 2.2%
 - うつ病患者(希死念慮のない入院) 4.0%
 - うつ病患者(希死念慮による入院) 8.6%
- ・自殺企図を行ったうつ病患者の自殺の危険率のメタ解析 (Hawton, 2013)
 - うつ病で自殺企図の経験者の自殺の危険率 4.84倍
- ・躁うつ病患者自殺率のレビュー (Plans, 2019)
 - 自殺の死亡率は一般住民と比較して20~30倍

■統合失調症

- ・統合失調症患者の追跡研究61報告をレビュー (Palmer, 2005)
 - 4.9%が自殺で死亡
 - ほとんどが病初期
- ・自殺の危険率 (Osborn, 2008)
 - 対照者と比較して10.99倍 (95%CI 7.61-15.85)
 - 全年齢で高いが、特に若年者で高い

「自殺」死亡を減らすための取り組み

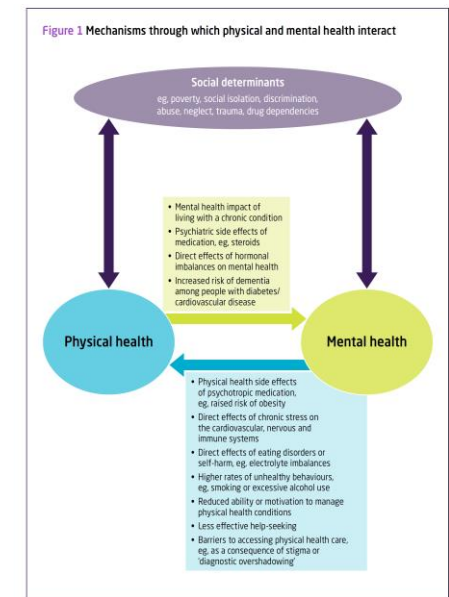
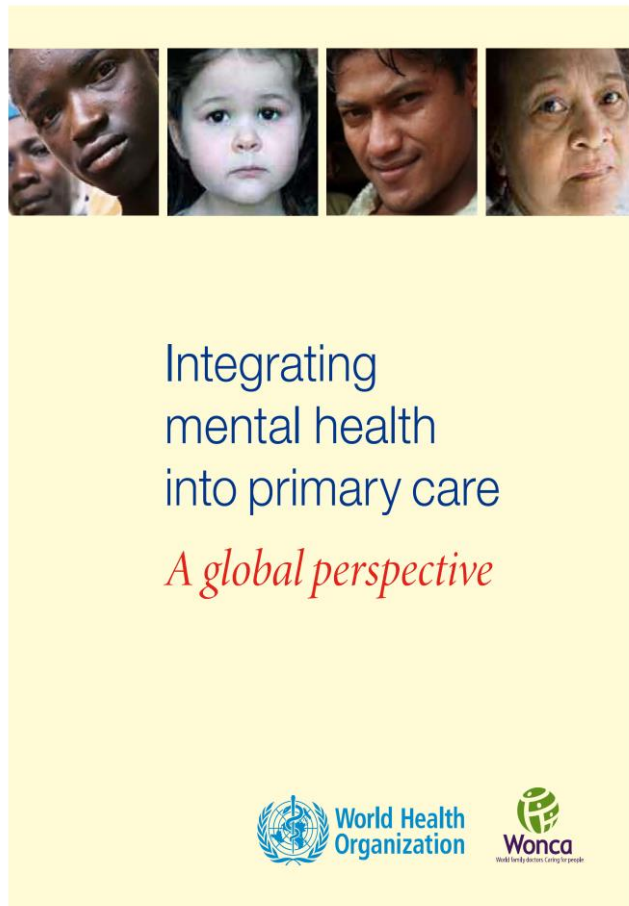
- 自殺死亡を減らすため、「プリベンション」「インターベンション」「ポストベンション」の観点に沿った取組の重要性が報告されている。



出典：JAEP2012シンポジウム 5、橋本ら講演資料

孤独・孤立等に伴う精神的な疾病や自殺に係る対策について

- 精神的な課題を有する方が医療につながりにくいとの問題意識から、メンタルヘルスの問題をプライマリケアの中で取り扱う枠組みとして、WHOはintegrating mental health into primary careという概念が、英国のThe King's FundではBringing together physical and mental healthという概念が提唱されている。



自殺対策に係る早期介入について

- 働き盛りのうつ自殺予防対策として「富士モデル事業」が実施されている。
- 「富士モデル事業」においては、自殺と関係の深いうつ病の早期発見・早期治療システムの構築にあたり、うつ病の身体症状、特に不眠症状に着目している。
- 具体的には、不眠の症状からうつ病の気づきを促す「睡眠キャンペーン」と、不眠が継続している働き盛り世代男性をかかりつけ医・産業医から必要に応じて精神科医へとつなげる「紹介システム」の2本の柱から成り立っている。

「富士モデル事業」の全体像

睡眠キャンペーン

「お父さん、ちゃんと眠れている？」

気づき

「2週間以上続く不眠はうつサイン」

「かかりつけ医に相談しよう」

紹介システム

つなぎ

かかりつけ医・産業医

精神科医



不眠が継続する
働き盛り男性

「富士モデル事業」は、「睡眠アプローチ」によるうつ病早期発見・治療のルート構築の取組としてスタート

早期の自殺対策の事例について

- 「富士モデル」においては、地域のかかりつけ医等と精神科医があらかじめ関係作りを行い、「紹介システム」を構築している。
- 「富士モデル」においては、紹介システム運営会議に加えて、定例担当者会議が行われ、地域保健・職域保健連携が行われていた。

【紹介システムの構築】

●紹介システム検討委員会

(運営委員会)

富士市医師会 5名

精神科医 5名

(公立病院 1名)

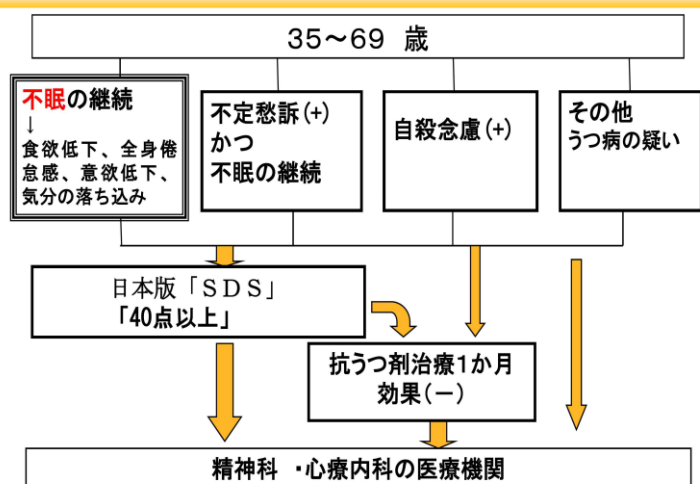
(産業医 1名)

【「紹介システム」の本質】

地域のかかりつけ医・産業医と精神科医の距離を縮め、関係作りを行うこと

⇒地域における「受け皿づくり」

紹介システム（かかりつけ医・産業医）



ネットワークの構築：主な協働機関

区分	種別	機関名
団体	医師	富士市医師会、精神科医会
	薬剤師	富士市薬剤師会
行政	国	富士労働基準監督署
	県	富士健康福祉センター（保健所）
	市	富士市

- ・紹介システム運営会議：医師会、地元精神科
- ・定例担当者会議：地域保健・職域保険連携

出典：静岡県

早期の自殺対策の事例について

- 「富士モデル」においては、「気づき」のきっかけとして「不眠」に着目して運用がされており、紹介状のフォーマットを定め、運用している。

不眠を訴える患者が受診したら

35～69歳が対象

症例

睡眠薬処方^①を考慮するような不眠があれば
うつ病チェックを開始

不眠のチェック

Pt「最近、眠れない日が続いて…」

「睡眠薬を出して欲しいんですが…」

「睡眠薬を飲んでも、あまり眠れないのですが…」

継続する不眠
かチェック

Dr『眠れないのは、どのくらい続いていますか？』

Pt「2週間以上になります。休みの日でも、毎日眠れません」

専用紹介状でチェック

YES

NO

睡眠薬を投与

精神的なリスクのスケール(一例)

- ・ SAD Personsスケール
- ・ EPDS
- ・ PHQ-9
- ・ K-6

紹介状

氏名	生年月日	性別
住所	職業	
受診主訴・経過 及び治療状況		
症 状	睡眠障害 : 毎日・時々・なし(入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・浅眠) 食欲低下 : 毎日・時々・なし 体重減少() か月で() Kg減 全身倦怠感 : 毎日・時々・なし 意欲低下 : 毎日・時々・なし 気分の落ち込み : 毎日・時々・なし その他 ()	
生活状況 (ストレスの 状況)	仕 事 : 過労・離職(退職)・異動・職場の対人関係・経営不振 家庭生活 : 借金苦・死別・別居・家庭関係の問題・自分の病気・家族の病気 その他 ()	
その他		

紹介状(不眠等症状について)

睡眠障害 : 毎日・時々・なし
 入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・浅眠

食欲低下 : 毎日・時々・なし
 体重減少() か月で() Kg減

全身倦怠感 : 毎日・時々・なし

意欲低下 : 毎日・時々・なし

気分の落ち込み : 毎日・時々・なし

かかりつけ医等に対する研修について

○ 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」（日本医師会）等、自殺予防等に関連した各種研修が実施されている。

- ・ かかりつけ医うつ病対応力向上研修会（日本医師会）
- ・ 地域医療における自殺予防研修会（日本医師会）
- ・ かかりつけ医・産業医のためのうつ病の診断と対応
～新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて～（北海道医師会）
- ・ アルコール関連問題とうつ、自殺
～新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて～（北海道医師会）
- ・ 職場におけるうつ症例への接し方（北海道医師会）
- ・ メンタルヘルス対策～職場のメンタルヘルス・事例検討～（栃木県医師会）

自殺企図患者等の診断治療等に係る評価について

	救命救急入院料 精神疾患診断治療初回 加算 (平成20年度新設)	救急患者精神科継続支援料 (平成28年度新設)
概要	救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者を、患者等からの情報等に基づき、精神保健指定医等が診断・治療を行った場合の評価。	精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合の評価。
点数	救命救急入院料 注2 3000点	入院中の患者 435点(月1回) 入院中以外の患者 135点(6か月に6回まで)
対象疾患	・自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう。)、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等(以下この節において「精神疾患」という。)を有する患者。	・自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者であって、精神疾患の状態にあるもの。
算定要件	・患者又はその家族等に対して、精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医(以下この節において「精神保健指定医」という。)又は当該保険医療機関の精神科の常勤医師が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に、救命救急入院料の算定期間中における当該精神保健指定医又は当該精神科の常勤医師の最初の診察時に算定する。この場合の精神保健指定医は当該保険医療機関を主たる勤務先とする精神保健指定医以外の者であっても算定できる。	・救急患者精神科継続支援料は、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師若しくは社会福祉士が、対象患者に対し、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。等
施設基準	・救命救急入院料を届け出ていること。	(1) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。 (2) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤医師が1名以上配置されていること。(略) (3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。 (4) (2)及び(3)における適切な研修とは、次のものをいうこと。 ア～ウ(略) (5) 略

自殺企図者に対する介入の意義について

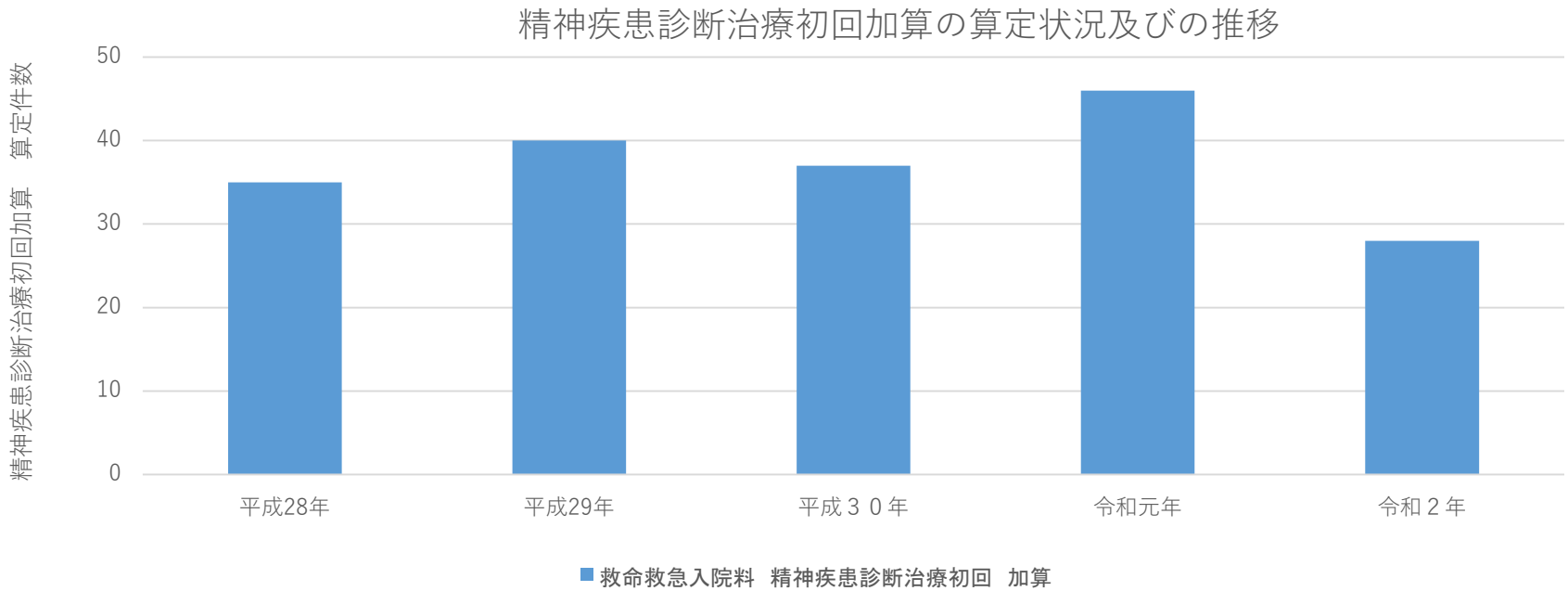
○ 自殺未遂者がその後自殺に至るケースが多いとの報告がなされている。

- ・自殺者の40%以上に自殺未遂歴あり、自殺未遂を繰り返した後に死亡した人の80%以上が、2回以上手段を変えて自殺に至った(Isomets aら, 1998)
- ・自殺者の43%が死の1年以内に自損行為で救急医療を受診し、そのうちの28%は3回以上リピート(Da Cruzら, 2011)
- ・自殺未遂者ないしは自傷患者の3-12%がその後自殺(Owensら, 2002)

救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算の算定件数等

○ 救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算の算定件数等は以下の通り。

算定件数			平成28年	平成29年	平成 3 0 年	令和元年	令和 2 年
救命救急入院料	精神疾患診断治療初回	加算	35	40	37	46	28



届出医療機関数	平成28年	平成29年	平成 3 0 年	令和元年	令和 2 年
救急救命入院料	387	383	376	374	370

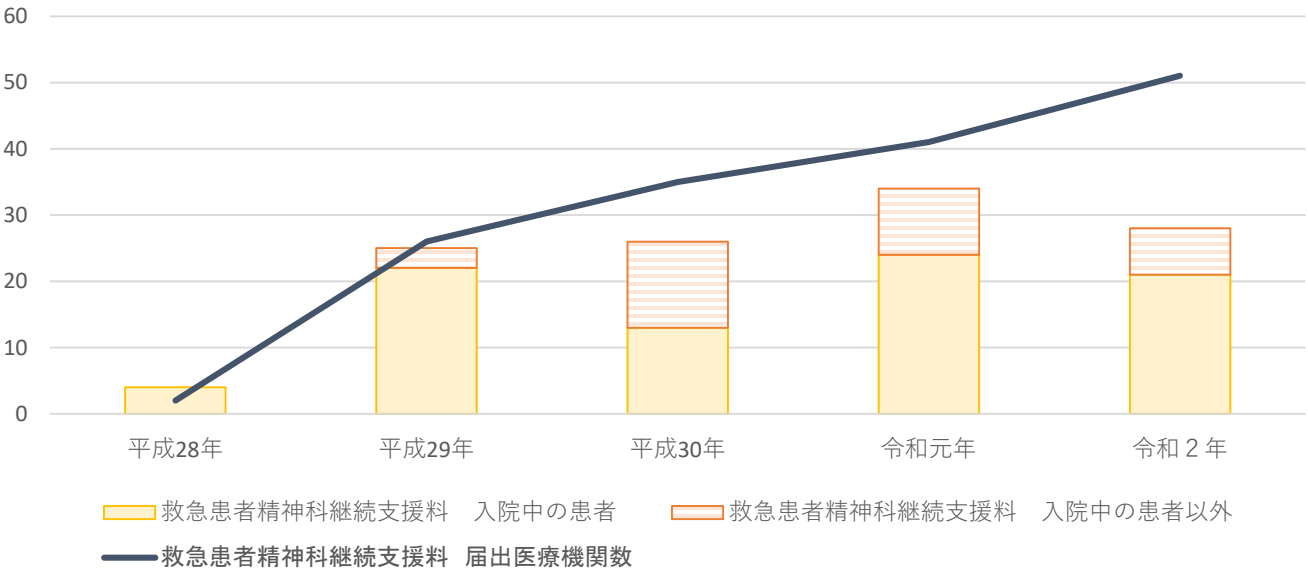
救急患者精神科継続支援料の算定状況

○ 救急患者精神科継続支援料の届出医療機関数・算定状況は以下の通り。

届出医療機関数	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和 2 年
救急患者精神科継続支援料	2	26	35	41	51

算定件数	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和 2 年
救急患者精神科継続支援料 入院中の患者	4	22	13	24	21
救急患者精神科継続支援料 入院中の患者以外	-	3	13	10	7

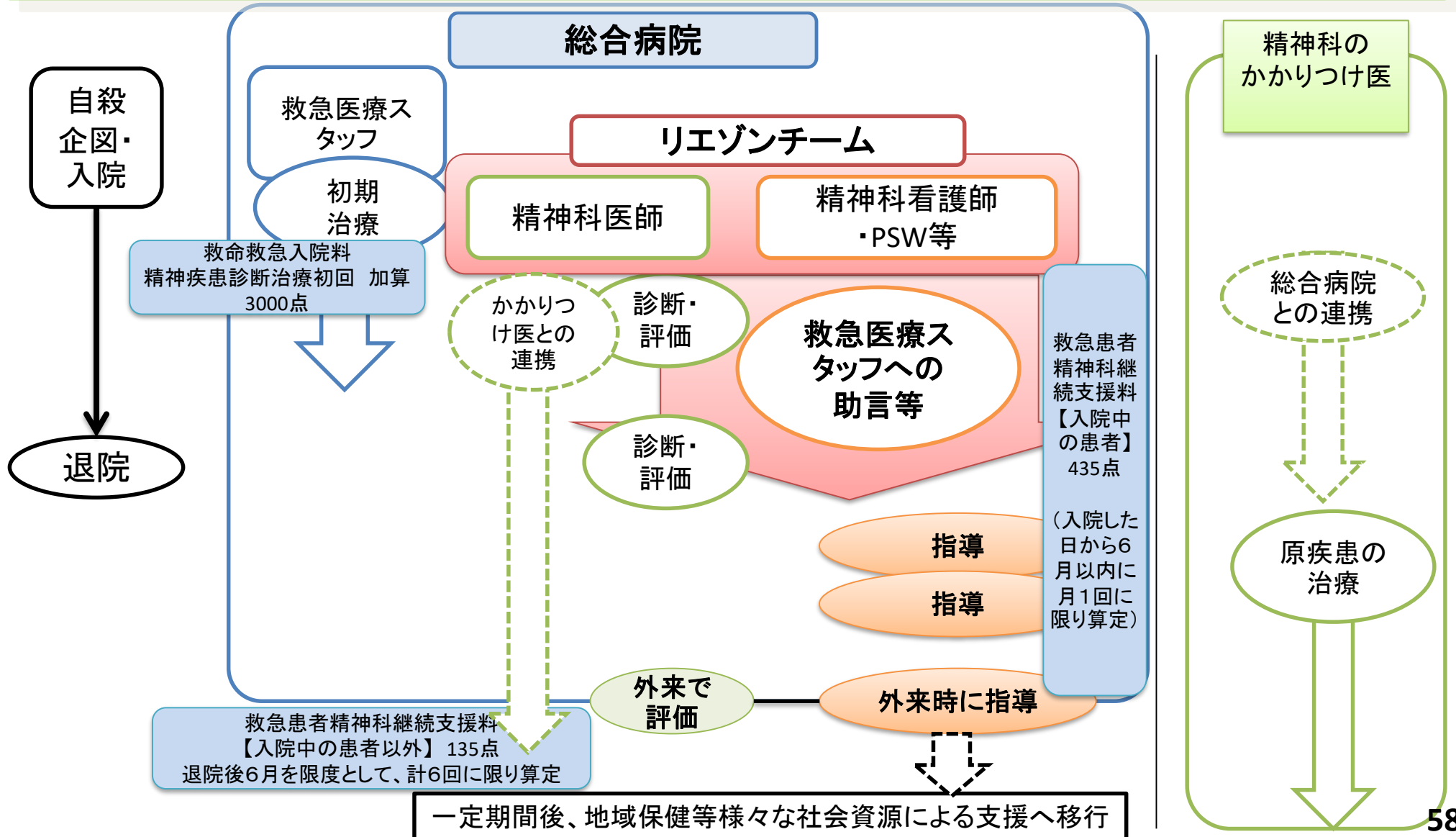
救急患者精神科継続支援料と算定状況と届出医療機関数の推移



自殺企図者に対するチーム医療のイメージ

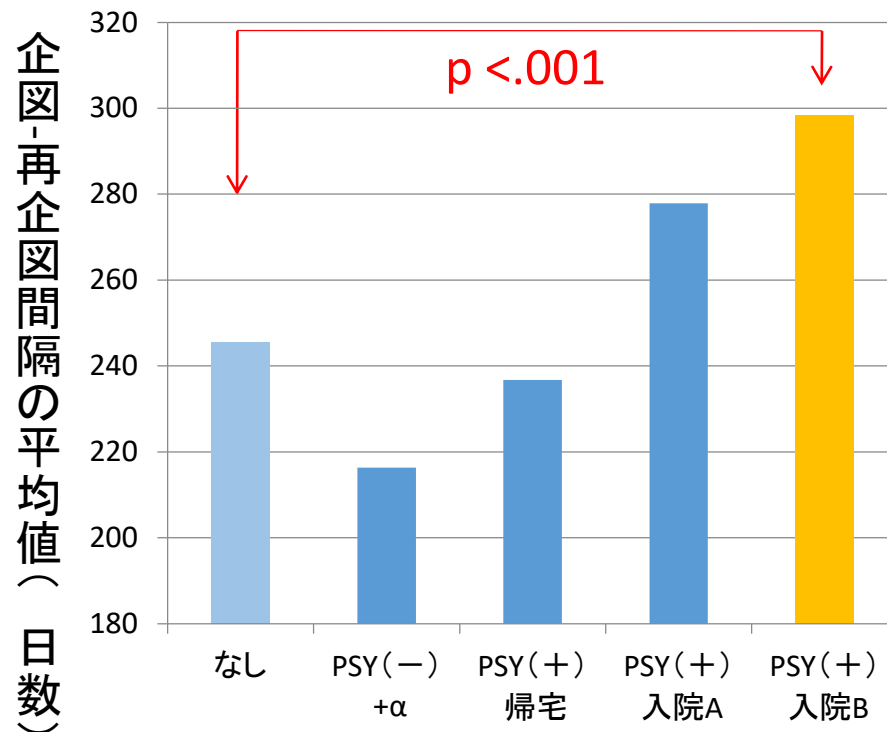
中医協 総-2(改)
27.10.23

○総合病院のリエゾンチームの看護師等が、退院後も一定期間積極的な関わりを継続し、必要な指導を行うことにより、より効果的な管理が可能となる。



自殺死亡を減らすための取組について

- 自殺企図患者に対する介入により、自殺の企図・再企図の間隔は有意に増加した。
- 精神科対応のみで帰宅した場合と比較して、面接が2回実施された群で企図・再企図間隔が延長する傾向があり、さらに、面接が3回実施された群では有意な延長効果が確認された。



等分散性の検定

企図-再企図間隔

Levene 統計量	自由度1	自由度2	有意確率
0.471651	4	891	0.756584

分散分析

企図-再企図間隔

	平方和	F値	有意確率
グループ間	510450.6	2.834444	p < .05
グループ内	40114700		
合計	40625151		

一元配置分散分析

最小有意差法

対照群「精神科未介入」

救急医の指導あり

精神科対応にて帰宅

介入あり（面接2回まで）

介入あり（面接3回以上）

	平均値の差	標準誤差	有意確率
救急医の指導あり	29.2	51.5	0.57
精神科対応にて帰宅	8.77	22.1	0.69
介入あり（面接2回まで）	-32.3	18.0	0.07
介入あり（面接3回以上）	-52.9	19.8	p < .001

自殺死亡を減らすための取組について

- 自殺未遂患者への対応には手引きが定められている。
- 手引きにおいては、現場でのフローチャートが定められ、精神医学的評価と精神科関連ソーシャルワークや精神保健福祉士等の役割についても明記されており、それらを併せて行うことが想定されている。

自殺未遂患者ケアの目標

1. 身体的および精神医学的評価および治療
2. 自殺の再企図防止

- (1) 動機になりうる心理社会的な問題を抱えていたら、本人または家族や支援者をソーシャルワーカーあるいは病院事務に紹介する。
- (2) ソーシャルワーカーが不在の場合は、精神保健福祉センター、保健所、関連の相談窓口などを紹介する。

VII) 退院時までに行うこと

Line 1 救急車から救急センター事務へ連絡

Line 2 救急車と連絡

Line 3 救急外来搬入

Line 4 バイタルサイン確認・ABC

Line 5 検査

Line 6 治療・処置

Line 7 身体的評価

Line 8 精神医学的評価

Line 9 最終判断

Line 10 帰宅・ICU・精神病棟

Line 11 入院継続・後方移送



自殺未遂患者への対応

救急外来(ER)・救急科・
救命救急センターの
スタッフのための手引き

日本臨床救急医学会
平成21年3月

自殺未遂者への対応
救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き
日本臨床救急医学会(平成21年3月)

自殺対策等に係る課題と論点

【孤独孤立等に伴う精神的な疾病や早期の自殺対策について】

- ・ 精神的な課題を有する方が医療につながりにくいとの問題意識から、メンタルヘルスの問題をプライマリケアの中で取り扱う枠組みとして、WHOはintegrating mental health into primary careという概念が、英国ではBringing together physical and mental healthという概念が提唱されている。
- ・ 働き盛りのうつ自殺予防対策として「富士モデル事業」が実施されており、自殺と関係の深いうつ病の早期発見・早期治療システムの構築を行っている。
- ・ 具体的には、不眠の症状からうつ病の気づきを促す「睡眠キャンペーン」と、不眠が継続している働き盛り世代男性をかかりつけ医・産業医から必要に応じて精神科医へとつなげる「紹介システム」の2本の柱から成り立っている。
- ・ 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」(日本医師会)等、自殺予防等に関連した各種研修が実施されている。

【救急現場における自殺対策について】

- ・ 救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者を、患者等からの情報等に基づき、精神保健指定医等が診断・治療を行った場合の評価が平成20年度診療報酬改定において新設された。
- ・ 精神自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価として、救急患者精神科継続支援料が平成28年度診療報酬改定において新設された。
- ・ 自殺企図患者に対して、精神科対応が行われると、精神科対応が行われなかった群に比べて、自殺の企図・再企図の間隔は増加する傾向にあり、さらに、面接が3回実施された群で有意な効果が確認された。
- ・ 自殺未遂患者への対応には「救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」が、現場でのフローチャートとして、精神医学的評価と精神科関連ソーシャルワークや精神保健福祉士等の役割についても明記されており、それらを併せて行うことが想定されている。



- かかりつけ医等を通じ、孤独孤立に伴う精神的な疾病等に対し、普段からの関係構築や、その連携を踏まえた診療を実施することに係る評価について、自殺予防の観点も踏まえつつ、どのように考えるか。
- 救急現場における自殺企図者に対する精神科医による診断・治療介入と、その後の継続的な支援をさらに適切に実施していく観点から、その評価の在り方について、どのように考えるか。

調剤（その3）

1. 調剤料
2. 調剤基本料
3. その他(個別事項)

1. 調剤料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表

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

- ☆ 処方内容の照会・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

「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

○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

調剤業務のあり方について（平成31年4月2日通知）

- ❑ 薬剤師法第19条においては、医師、歯科医師又は獣医師が自己の処方箋により自ら調剤するときを除き、薬剤師以外の者が、販売又は授与の目的で調剤してはならないことを規定。
- ❑ 平成28年度厚生労働科学特別研究事業「かかりつけ薬剤師の本質的業務と機能強化のための調査研究」において、「機械の使用や薬剤師の指示により他の従業者に行わせること」について検討。
- ❑ 厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会「薬機法等制度改正に関するとりまとめ」（平成30年12月25日）において、**薬剤師の行う対人業務を充実させる観点から、医薬品の品質の確保を前提として対物業務の効率化を図る必要**があり、「調剤機器や情報技術の活用等も含めた業務効率化のために有効な取組の検討を進めるべき」とされた。
- これらを踏まえ、**薬剤師以外の者に実施させることが可能な業務の「基本的な考え方」を整理して通知**（平成31年4月2日付薬生総発0402第1号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）
- 薬局における対物業務の効率化に向けた取組の推進に資するよう、情報通信技術を活用するものも含め、有識者の意見を聴きつつさらに整理を行い、別途通知する予定

通知における「基本的な考え方」

- **調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、薬剤師以外の者が、以下のいずれも満たす業務を実施することは差し支えない。（調剤した薬剤の最終的な確認は、当該薬剤師が自ら行う必要あり）**
 - ①当該薬剤師の目が現実に届く限度の場所での実施
 - ②薬剤師の薬学的知見も踏まえ、処方箋に基づいて調剤した薬剤の品質等に影響がなく、結果として調剤した薬剤を服用する患者に危害の及ぶことがない
 - ③当該業務を行う者が、判断を加える余地に乏しい機械的な作業
- 例）薬剤師の指示に基づき、PTPシート等に包装されたままの医薬品を、処方箋に記載された必要量を取り揃える行為・薬剤師による監査の前に行う一包化した薬剤の数量の確認行為
- 薬剤師以外の者が、軟膏剤、水剤、散剤等の医薬品を直接計量、混合する行為は、たとえ薬剤師による途中の確認行為があったとしても、引き続き不可。ただし、調剤機器を積極的に活用した業務の実施を妨げる趣旨ではない。
- 薬局開設者は、保健衛生上支障を生ずるおそれのないよう、組織内統制を確保し法令遵守体制を整備する観点から、上記の業務を薬剤師以外の者に実施させる場合には、**手順書の整備や研修の実施等の必要な措置を講じる必要**がある。
- なお、以下の行為を薬局等における適切な管理体制の下に実施することは、調剤に該当しない行為として取り扱って差し支えない。
 - ①納品された医薬品を調剤室内の棚に納める行為
 - ②調剤済みの薬剤を患者のお薬カレンダーや院内の配薬カート等へ入れる行為、電子画像を用いてお薬カレンダーを確認する行為
 - ③薬局において調剤に必要な医薬品の在庫がなく、卸売販売業者等から取り寄せた場合等に、先に服薬指導等を薬剤師が行った上で、患者の居宅等に調剤した薬剤を郵送等する行為

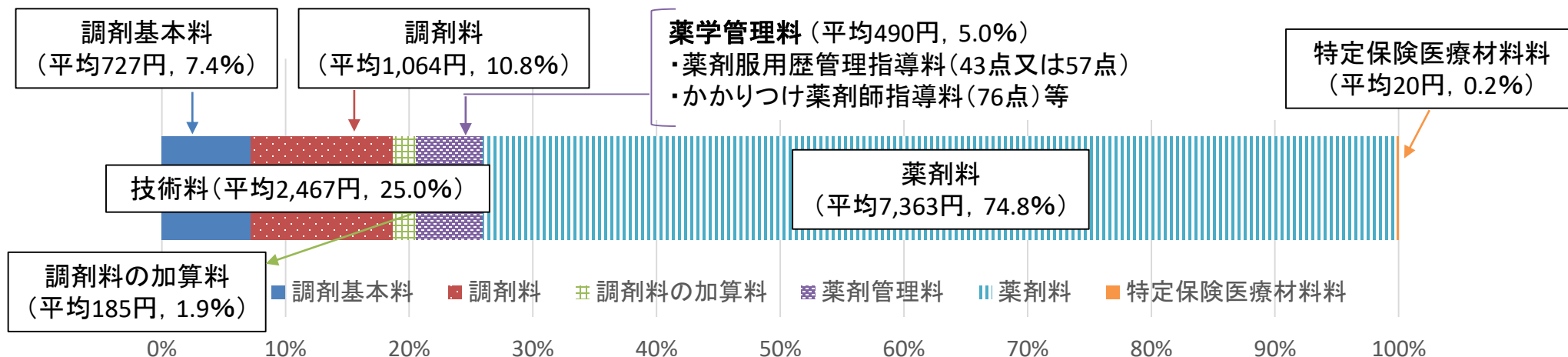
調剤医療費の内訳（令和2年度分）

- 令和2年度の調剤医療費の内訳は、技術料が約1.9兆円、薬剤料が約5.6兆円であった。
- 技術料（約1.9兆円）の内訳は、調剤基本料が約5,500億円、調剤料が約8,100億円、加算料が約1,400億円、薬学管理料が約3,700億円であった。

調剤医療費の内訳（令和2年度分）

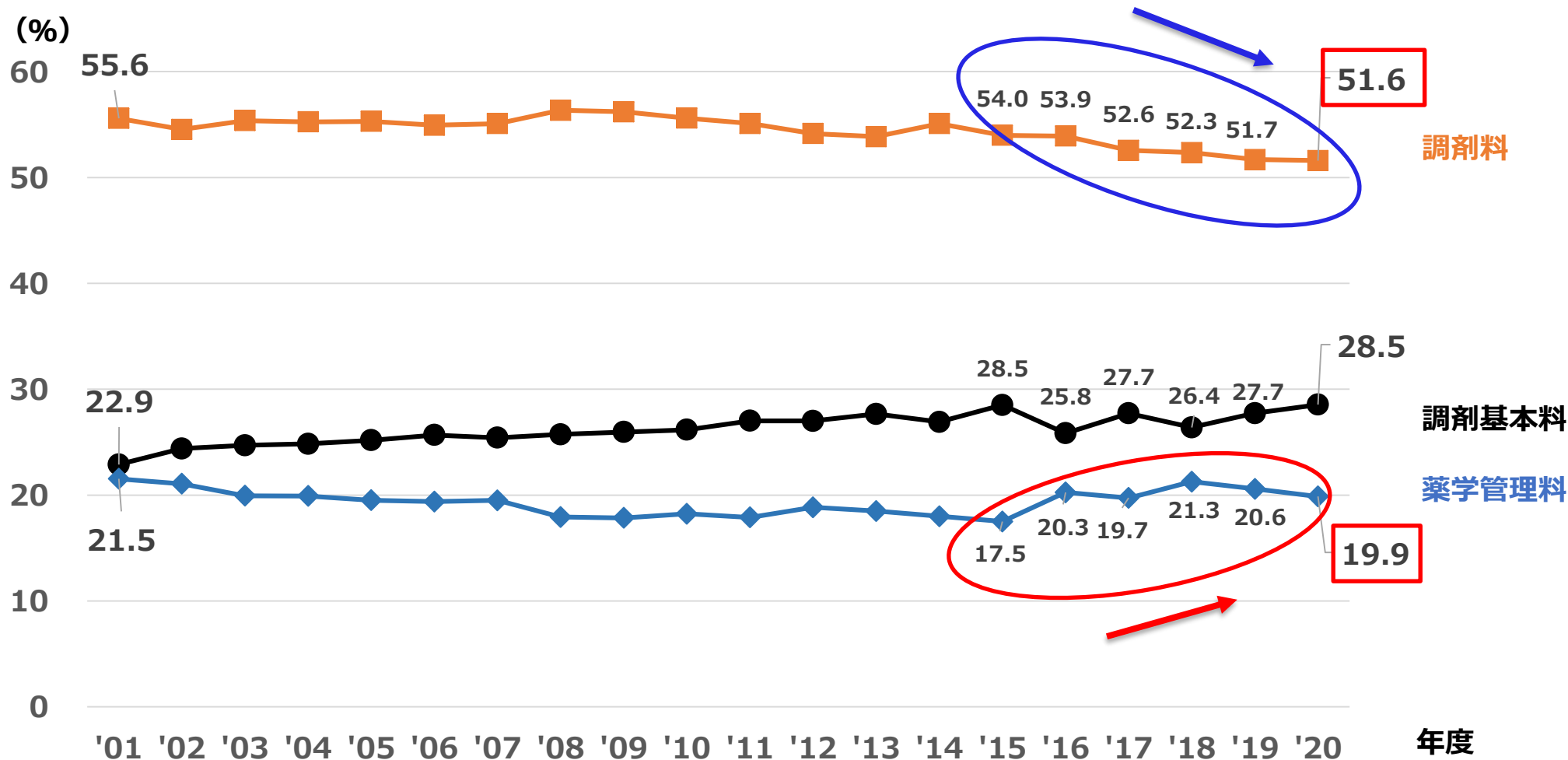
	金額（億円）
技術料	18,779
調剤基本料	5,536
調剤料	8,101
加算料	1,409
薬学管理料	3,733
薬剤料	56,058

（参考）処方箋1枚あたりの調剤報酬（平均9,849円、令和2年度）の内訳



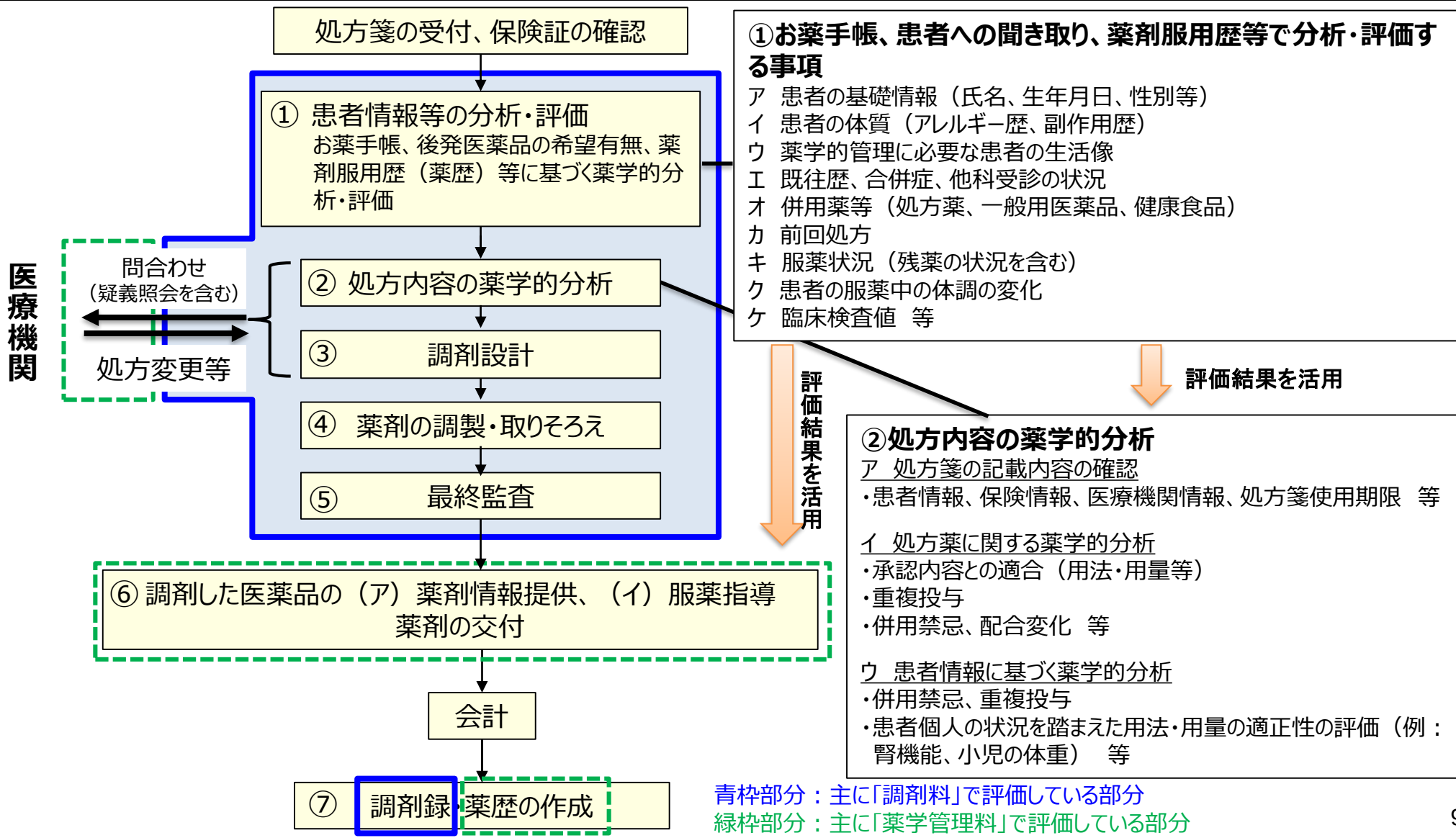
技術料に占める調剤基本料、調剤料、薬学管理料（点数ベース）の割合

- 「調剤料」の占める割合は近年減少傾向にあるが、引き続き技術料の50%を超えている。
- 対人業務を評価する「薬学管理料」の占める割合は、近年20%程度。



薬局での調剤業務の流れについて

- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の分析・評価、②処方内容の薬学的分析、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成されている。
- このうち、①、②、③、⑥、⑦は、患者の状態や処方内容等に応じた薬剤師による薬学的判断を伴い、対人業務的な要素を含む。



調剤の種類、調剤料の位置づけ

- 薬剤師が行う内服薬の調剤業務には、①計数調剤、②計量混合、③自家製剤、④一包化等がある。
- 調剤料は、処方内容の薬学的分析、医師への問合せ、薬剤調製などに係る技術料を評価したもの。

1. 調剤の主な種類（内服薬）

	主な内容例
計数調剤	PTPシート※の薬剤の調剤
計量混合	散剤（粉薬）、液剤（水剤）などを計量し、混合
自家製剤	錠剤を粉砕して散剤化
一包化	服用方法の異なる複数薬剤を服用時点ごとに分包化

※PTP(Press-Through-Package) シート：錠剤やカプセルをプラスチックとアルミなどで挟んだシート上の薬の包装

2. 調剤料の位置づけ

処方内容の薬学的分析、医師への問合せ（疑義照会を含む）、薬剤調製、調剤録の作成・保存等の業務に係る技術料

【参考】

○調剤基本料

医薬品の備蓄（廃棄、損耗を含む）、建物、調剤用機器等の体制整備に関する経費

○薬学管理料

薬剤情報提供文書を用いた説明・服薬指導、医療機関への情報提供、患者の残薬の整理等の業務に関する技術料

(参考) 処方薬の一包化について

- 処方薬の一包化によって、服薬コンプライアンスが改善される（患者自身による服薬・服薬管理が可能になる、飲み忘れ等を防止できるなど）といった利点があるが、一包化の際には薬学的管理が重要である。

薬物治療における一包化

一包化とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点ごとに一包として患者に投与することをいう。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものである。

一包化が必要な患者像

一包化が必要な患者像

- ① 錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者（手指が不自由な患者、視力が低下している患者、パーキンソン病の患者等）
- ② 自身による服薬管理が困難な患者（認知機能が低下している患者等）

患者像

利点

- 服薬コンプライアンスが改善される

・ 患者自身による服用・服薬管理ができるようになる

一包化をした方がいい患者像

- ① 服薬コンプライアンス不良（飲み忘れ、飲み誤りなど）の疑いがある患者

・ 飲み忘れ、飲み誤りを防止することができる

留意点

- ① 患者の薬識が低下することにつながる。
- ② 包装シート等に表示されている薬効や注意喚起表示が失われてしまう。
- ③ 一包化した処方薬の特徴に応じて、患者への説明、遮光保存用の袋・容器などを添付する等の薬学的管理が必要となる。
- ④ 服薬指導においては、薬剤の識別が困難となりやすいため、薬剤の識別コード、イメージ画像を添付したお薬説明書などの交付が必要となる。
- ⑤ 服用時点ごとに処方内容が違えば、誤用を防ぐため分包紙に患者氏名、服用時点、医薬品名を印字することが望ましい。

一包化の際には、これらのことを踏まえた薬学的管理が重要である

調剤料の算定要件（令和２年度改定時点）

	算定点数及び算定要件
内服薬	○内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき）） イ ７日分以下の場合 ２８点 ロ ８日目以上の部分 ５５点 ハ １５日分以上２１日分以下の場合 ６４点 ニ ２２日分以上３０日分以下の場合 ７７点 ホ ３１日分以上の場合 ８６点 ※服薬時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず１剤として算定。４剤分以上の部分については算定しない。
	○屯服薬２１点 ・１回の処方せん受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。
	○浸煎薬（１調剤につき） １９０点 ・４調剤以上の部分については算定しない。
	○湯薬（１調剤につき） イ ７日分以下の場合１９０点 ロ ８日分以上２８日分以下の場合 （１）７日目以下の部分１９０点 （２）８日目以上の部分（１日分につき） １０点 ハ ２９日分以上の場合４００点 ・４調剤以上の部分については算定しない。
	○内服用滴剤 ・内服用滴剤を調剤した場合は１調剤につき、１０点を算定する。
注射薬	○注射薬２６点 ・注射薬の調剤料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、１回の処方せん受付につき所定点数を算定。
外用薬	○外用薬（１調剤につき） １０点 ・外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、１調剤につき算定。 ・外用薬の調剤料は、１回の処方せん受付について４調剤以上ある場合において、３調剤まで算定できる。

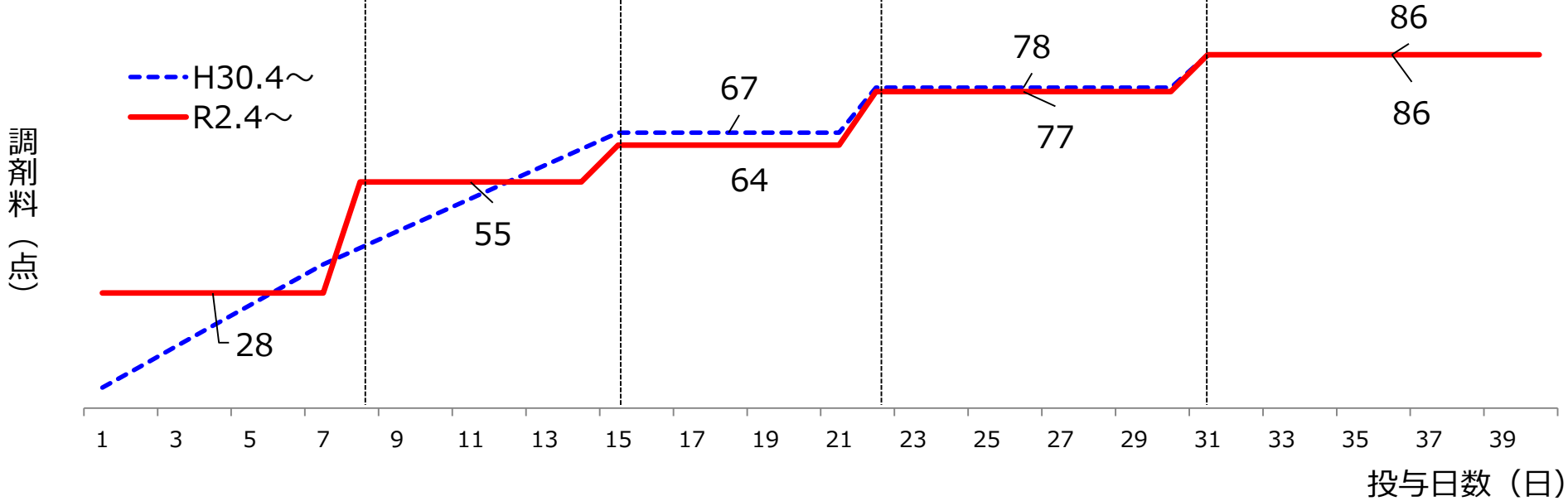
※薬局の調剤料（内服薬）は、「１剤」あたりの点数として設定されている。剤数は、服用時点が同一であるものは１剤とされており、１処方での剤数は最大で３。

調剤料の見直し

調剤料(内服薬)の見直し

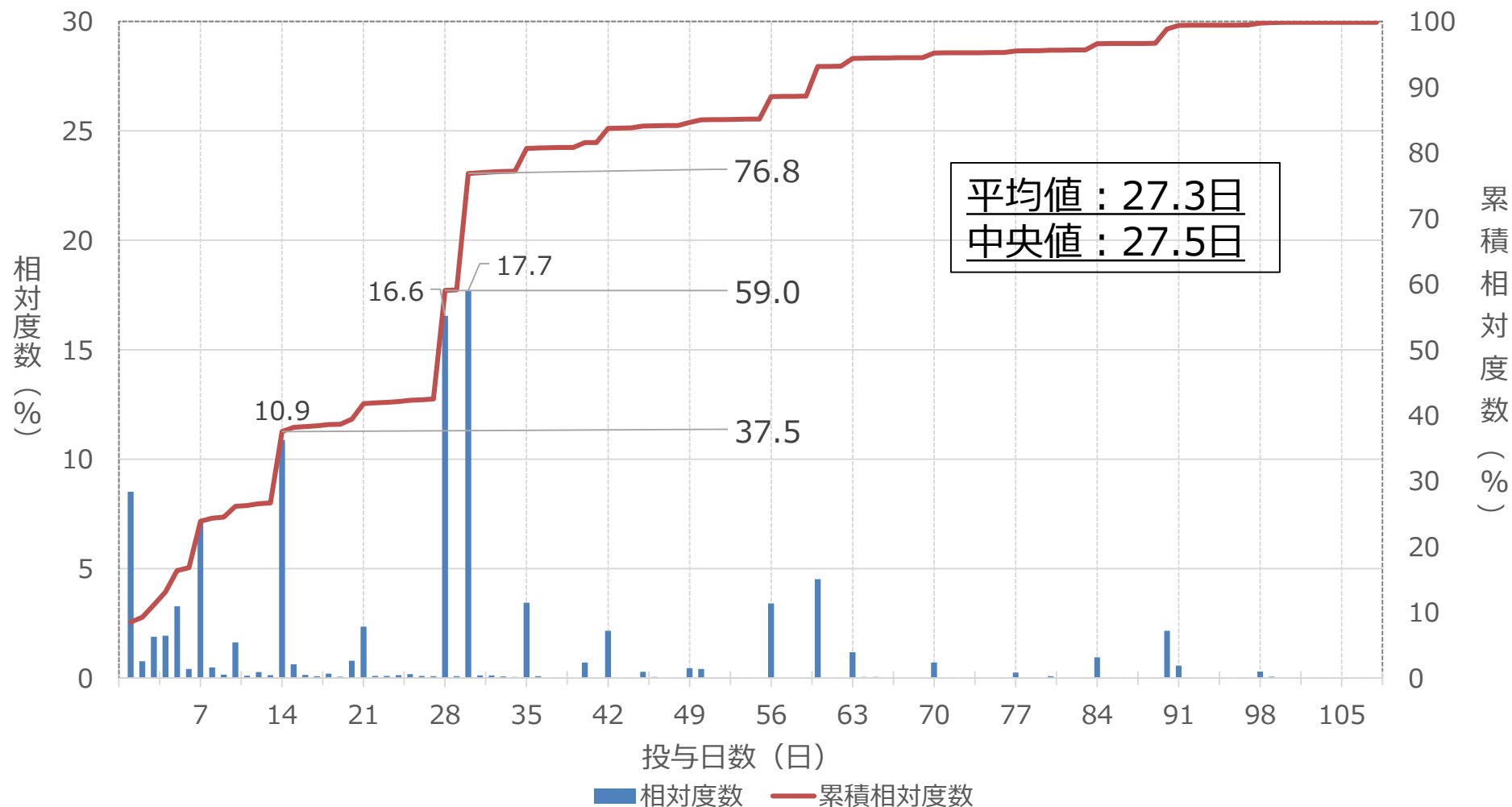
➤ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

		1～7日分	8～14日分	15～21日分	22～30日分	31日分～
改定年度	平成22年	5点／日 ※最大35点 ※平均27点 (H30年度実績)	4点／日 ※最大63点 ※平均61点 (H30年度実績)	71点	81点	89点
	平成28年			70点(▲1)	80点(▲1)	87点(▲2)
	平成30年			67点(▲3)	78点(▲2)	86点(▲1)
	令和2年	28点	55点	64点(▲3)	77点(▲1)	86点



(参考) 内服薬の投与日数の分布

- 内服薬の投与日数では、14日分、28日分及び30日分の割合が多い。
- 全体の約38%が14日分以下の投与日数であった。



調剤料の主な加算（令和２年度改定時点）

嚥下困難者用製剤加算、一包化加算

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））

（略）

注１（略）

2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、所定点数に80点を加算する。【嚥下困難者用製剤加算】

3 2剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。【一包化加算】

イ 42日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 240点

自家製剤加算

次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に１調剤につき（イの（１）に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。

イ 内服薬及び屯服薬

（１）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬20点

（２）錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬90点

（３）液剤45点

ロ 外用薬

（１）錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤90点

（２）点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤75点

（３）液剤45点

計量混合調剤加算

２種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、１調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。

イ 液剤の場合 35点

ロ 散剤又は顆粒剤の場合 45点

ハ 軟・硬膏剤の場合 80点

調剤料の主な加算の算定状況（令和2年6月審査分）

項目			点数	算定回数
嚥下困難者用製剤加算			80点	153,807
一包化加算		42日分以下（7日ごと）	34点	13,132,151
		43日分以上	240点	564,378
無菌製剤処理加算（注射薬）（1日分ごと）	中心静脈栄養法用輸液	6歳以上	69点	12,253
		6歳未満の乳幼児	137点	1,806
	抗癌性腫瘍剤	6歳以上	79点	53
		6歳未満の乳幼児	147点	10
	麻薬	6歳以上	69点	6,918
		6歳未満の乳幼児	137点	60
麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬加算	麻薬		70点	108,892
	向精神薬		8点	7,703,595
	覚醒剤原料		8点	20,609
	毒薬		8点	142,960
自家製剤加算	内服薬：錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤		20点	2,805,873
		予製剤の場合	4点	144,511
	屯服薬：錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤		90点	18,104
		予製剤の場合	18点	670
	内服薬又は頓服薬：液剤		45点	2,687
		予製剤の場合	9点	253
	外用薬：錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤		90点	13,640
		予製剤の場合	18点	8,043
	外用薬：点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤		75点	1,385
		予製剤の場合	15点	2,206
	外用薬：液剤		45点	5,409
		予製剤の場合	9点	3,633
計量混合調剤加算	液剤		35点	283,370
		予製剤の場合	7点	8,019
	散剤・顆粒剤		45点	972,317
		予製剤の場合	9点	61,425
	軟・硬膏剤		80点	2,145,028
		予製剤の場合	16点	281,440
在宅患者調剤加算			15点	717,682

<調剤料>

- 令和2年度の調剤技術料の内訳は、調剤基本料が全体の約29%、調剤料（加算を除く）が約43%、調剤料の加算料が約7.5%、薬学管理料が約20%を占めている。
- 調剤技術料に占める調剤料の割合は近年減少傾向にある。対人業務を評価する薬学管理料の占める割合は約20%であり、近年横ばいとなっている。
- 調剤料は、「患者情報等の分析・評価」、「処方内容の薬学的分析」、「調剤設計」、「薬剤の調製・取りそろえ」、「最終監査」、「調剤録の作成」等の業務について評価するものであるが、このうち、「患者情報等の分析・評価」、「処方内容の薬学的分析」、「調剤設計」は、患者の状態や処方内容等に応じた薬剤師による薬学的判断を伴うことから、対人業務的な要素を含んでいる。



【論点】

- 対物中心の業務から対人中心の業務への構造的な転換を進める中で、対人業務をより適切に評価していく観点から、調剤料及びその加算料の評価の在り方についてどう考えるか。

2. 調剤基本料

- ① 総論
- ② 地域支援体制加算

調剤基本料(令和2年改定時)

項目	要件	点数 ※1
調剤基本料 1	調剤基本料 2、3-イ、3-ロ、特別調剤基本料以外 (医療資源の少ない地域にある薬局は、処方箋集中率の状況等によらず、調剤基本料 1)	42点
調剤基本料 2	次のいずれかに該当 ① 処方箋受付回数が 月4,000回超 + 処方箋集中率 70%超 ② 処方箋受付回数が 月2,000回超 + 処方箋集中率 85%超 ③ 処方箋受付回数が 月1,800回超～2,000回以下 + 処方箋集中率 95%超 ④ いわゆる医療モール内の医療機関からの処方箋受付回数の合計が 月4,000回超 など	26点
調剤基本料 3 ※ 特別調剤基本料に該当する場合は、特別調剤基本料を優先	イ <u>同一グループ薬局※2</u> による処方箋受付回数が 月3.5万回超 4万回以下 で、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中率 95%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引：有 月 4万回超40万回以下 で、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中率 85%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引：有	21点
	ロ <u>同一グループ薬局※2</u> による処方箋受付回数が 月40万回超 で、次のいずれかに該当 ①処方箋集中率 85%超 ②医療機関との間で不動産の賃貸借取引：有	16点
特別調剤基本料	次のいずれかに該当 ① 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係：有 + 処方箋集中率 70%超 (いわゆる敷地内薬局等を想定) ② 地方厚生局に調剤基本料に係る届出を行わなかった場合	9点

※1 医薬品の取引価格の妥結率が50%以下である場合等は、点数が50%減算される。

※2 同一グループ薬局は、当該薬局にとっての、①最終親会社、②最終親会社の子会社、③最終親会社の関連会社、④①～③とフランチャイズ契約を締結している会社が該当。

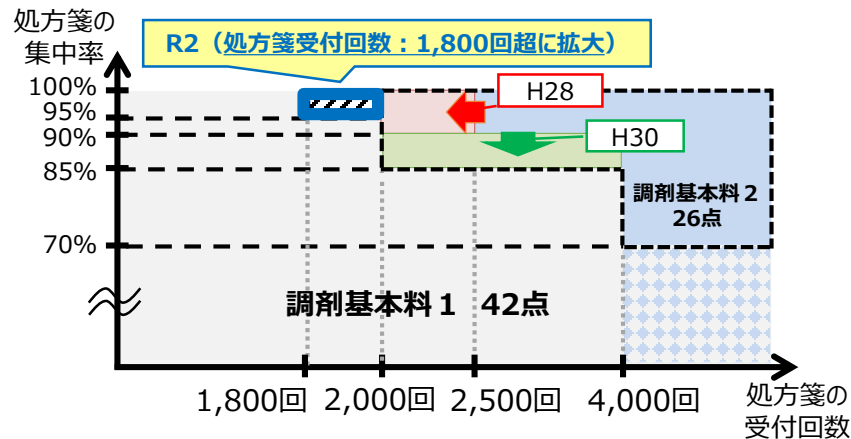
調剤基本料の見直し ①

処方箋の集中率が著しく高い薬局の調剤基本料の見直し

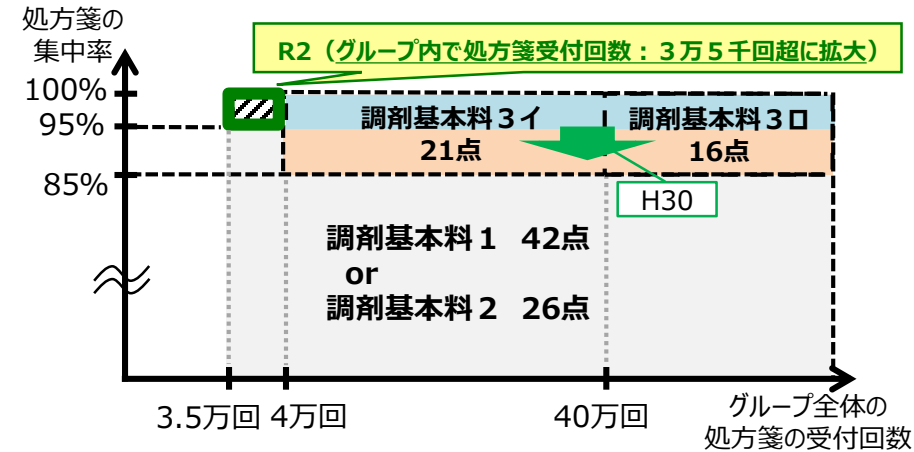
- 特定の医療機関からの処方箋の受付割合が95%を超え、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2又は調剤基本料3の対象とする。

		要件		点数
		処方箋受付回数等	処方箋集中度	
調剤基本料1		調剤基本料2、調剤基本料3及び特別調剤基本料以外		42点
調剤基本料2		①処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ②処方箋受付回数が月4,000回超 ③処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	①85%超 ②70%超 ③95%超 ④－	26点
調剤基本料3 ※ 右記のほか、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があるもの。	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回	85%超	16点
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超		

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局



調剤基本料の見直し ②

いわゆる同一敷地内薬局等の調剤基本料の見直し

- 特別調剤基本料について、診療所と不動産取引等その他の特別な関係がある診療所敷地内の薬局等を対象に追加する。さらに、処方箋集中率の基準を引き下げ、点数も引き下げる。

現行		改定後	
病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料 11点	病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料 9点
	病院と不動産取引等その他の特別な関係：有 ＋ 処方箋集中率95%超	診療所敷地内の薬局等※1（同一建物内である場合を除く） ※ 右記のほか、地方厚生局に調剤基本料に係る届出を行わなかった場合	医療機関と不動産取引等その他の特別な関係：有 ＋ 処方箋集中率70%超

※1 診療所と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局については、平成30年4月1日以降に開局した場合のみを対象とするなど、一定の緩和措置あり

- 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、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要件を見直す。

現行	改定後
○ かかりつけ機能に係る基本的な業務が年間合計10回未満の場合に、調剤基本料を50%減	○ かかりつけ機能に係る基本的な業務が年間合計10回未満の場合に、調剤基本料を50%減 ○ <u>いわゆる同一敷地内薬局</u> については <u>合計100回未満</u> の場合に、調剤基本料を50%減

<かかりつけ機能に係る基本的な業務> 平成30年度診療報酬改定時
①時間外等加算及び夜間・休日等加算、②麻薬管理指導加算、③重複投薬・相互作用等防止加算、④かかりつけ薬剤師指導料、⑤かかりつけ薬剤師包括管理料、⑥外来服薬支援料、⑦服用薬剤調整支援料、⑧在宅患者訪問薬剤管理指導料、⑨在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、⑩在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料、⑪服薬情報等提供料、⑫在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、⑬居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費

調剤基本料の特例

医療資源の少ない地域の薬局(平成30年度改定)

○ 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。

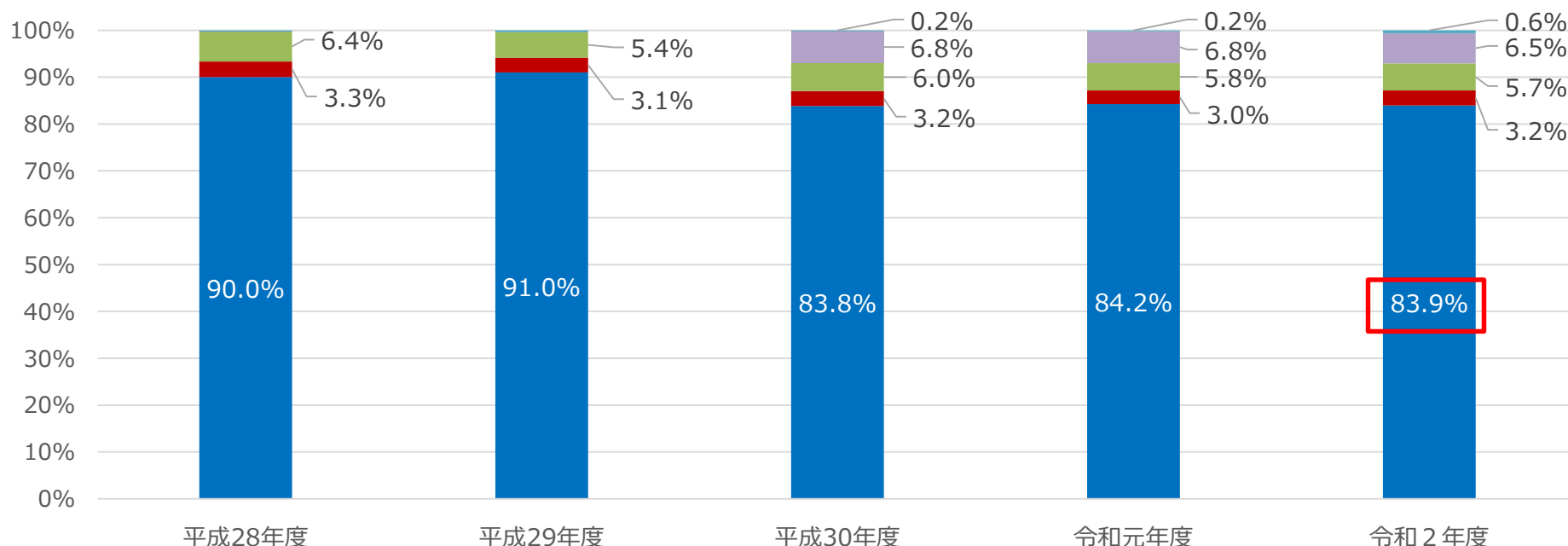
ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関(歯科医療を担当するものを除く。)の数が10以下であって、許可病床の数が200床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が70%を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。

ハ 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。

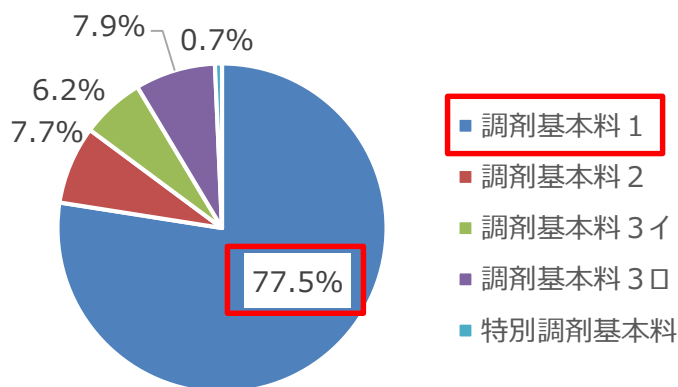
調剤基本料の構成比の推移等

- 調剤基本料 1 を算定する薬局の割合は平成30年度に減少し、令和 2 年 6 月では約84%であった。
- 算定回数については、調剤基本料 1 の占める割合は令和 2 年度では約78%であった。

➤ 各調剤基本料の構成比の推移（平成28年度～平成29年度：各年度末時点の施設基準の届出状況、平成30年度～令和 2 年度：各年度 6 月の算定薬局数）



➤ 各調剤基本料の算定回数の割合（令和 2 年 6 月審査分）



- 調剤基本料 1 （平成28年度～）
- 調剤基本料 2 （平成28年度～）
- 調剤基本料 3 （平成28年度～29年度）／調剤基本料 3イ （平成30年度～）
- 調剤基本料 3ロ （平成30年度～）
- 調剤基本料 4 （平成28年度～29年度）
- 特別調剤基本料 （平成28年度～）

出典：

- 各調剤基本料の構成比の推移
 - ・平成28年度から平成29年度：保険局医療課調べ（各年3月31日時点の届出状況）
 - ・平成30年度から令和 2 年度：NDBデータ（各年 6 月時点の算定薬局数）
- 算定回数の割合：社会医療診療行為別統計（令和 2 年 6 月審査分）

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する、地域支援体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中度が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある



医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

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を評価



一定の基準を満たす薬局は、地域支援体制加算が 算定可能

＜施設基準＞

調剤基本料 1

調剤基本料 1 以外

- ・ 地域医療に貢献することを体制を有することを示す実績
- ・ 24時間調剤、在宅対応体制の整備 等

以下の基準のうち①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。
(1 薬局あたりの年間の回数)

- 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 12回
- 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。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 12回
- ⑤ 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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

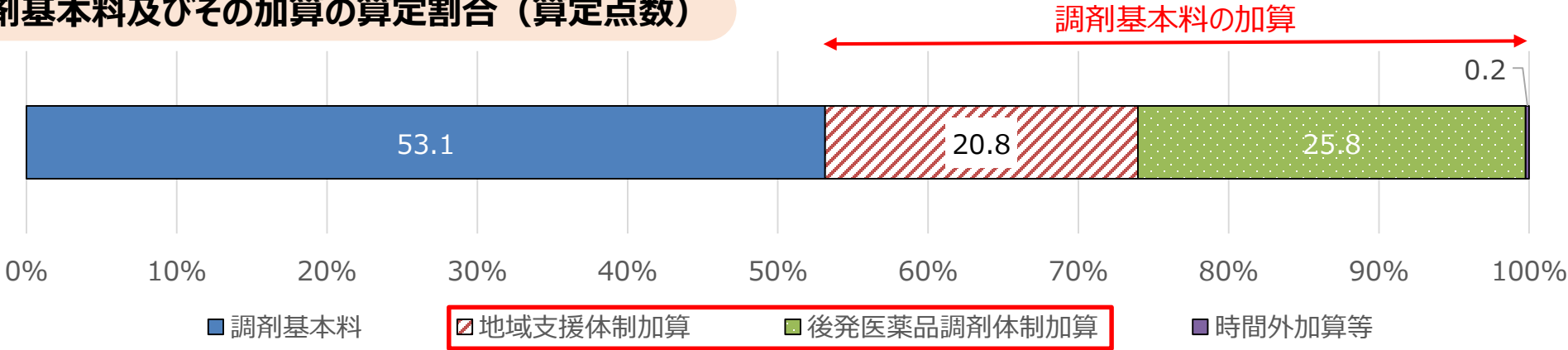
以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。
(1～8は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、9は薬局あたりの年間の回数)

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回
- ② 麻薬の調剤実績 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
- ⑨ 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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席していること。

調剤基本料及びその加算

○ 調剤基本料及びその加算については、地域支援体制加算が約20%、後発医薬品使用体制加算が約25%を占めている。

調剤基本料及びその加算の算定割合（算定点数）



出典：社会医療診療行為別統計（令和2年6月審査分）

調剤基本料の主な加算

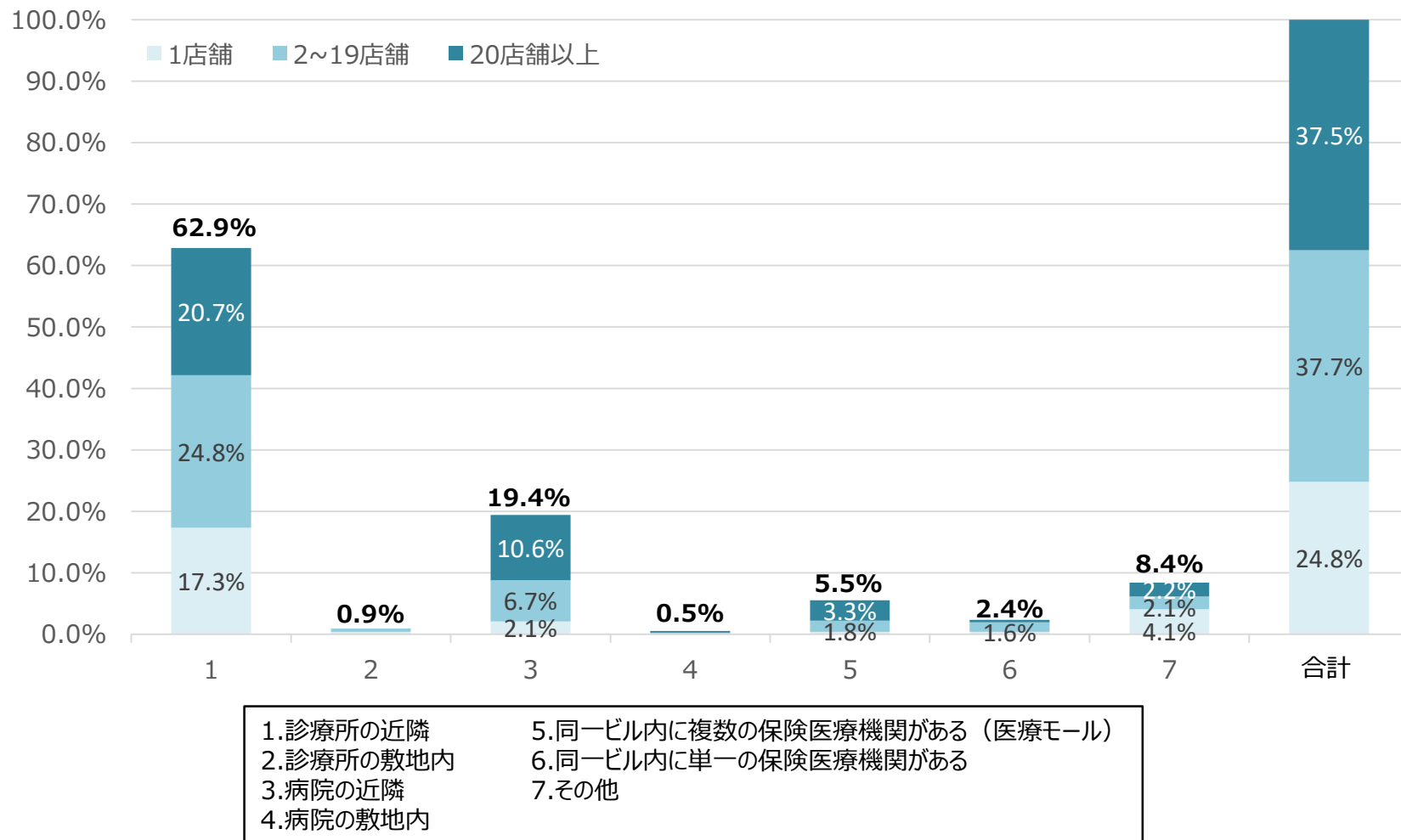
		点数
地域支援体制加算		38点
後発医薬品調剤体制加算	後発医薬品調剤体制加算 1（調剤数量割合75%以上）	15点
	後発医薬品調剤体制加算 2（調剤数量割合80%以上）	22点
	後発医薬品調剤体制加算 3（調剤数量割合85%以上）	28点
時間外加算等	時間外加算 休日加算 深夜加算	調剤技術料（基礎額※）の100分の100 調剤技術料（基礎額）の100分の140 調剤技術料（基礎額）の100分の200

※調剤基本料（加算等を含む）、調剤料、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額

薬局の立地及び開局規模に関する現状

- 薬局の立地に関する現状については、診療所の近隣が約 6 割と最も多く、次いで病院の近隣が約 2 割、その他（面薬局等）が約 1 割であった。

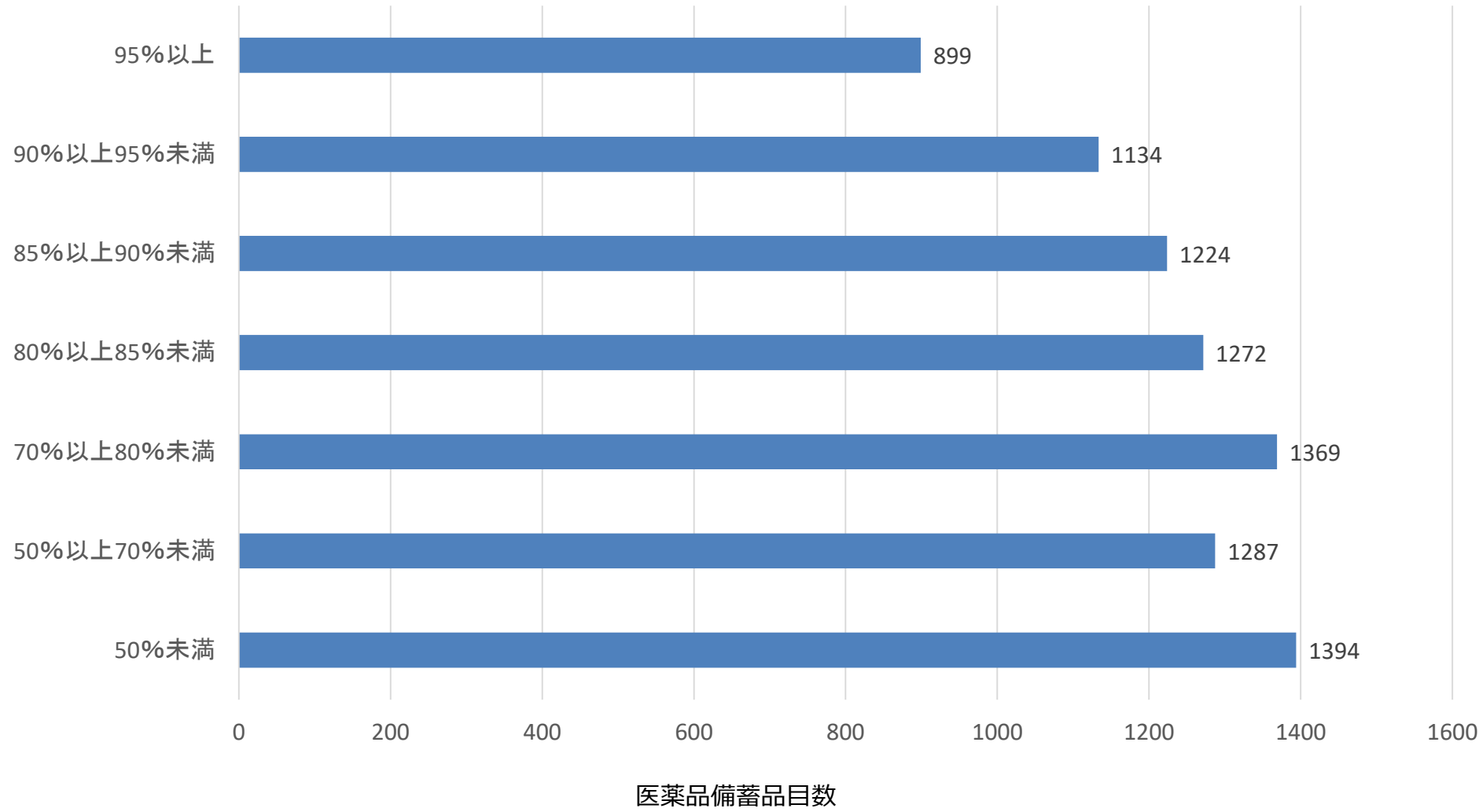
薬局の立地状況（開局規模別）（n=762）



薬局における医薬品等の備蓄状況（処方箋集中率別）

- 集中率が高いほど、医薬品の備蓄品目数が少なくなる傾向にある。
- 特に集中率95%以上では備蓄品目数が少ない。

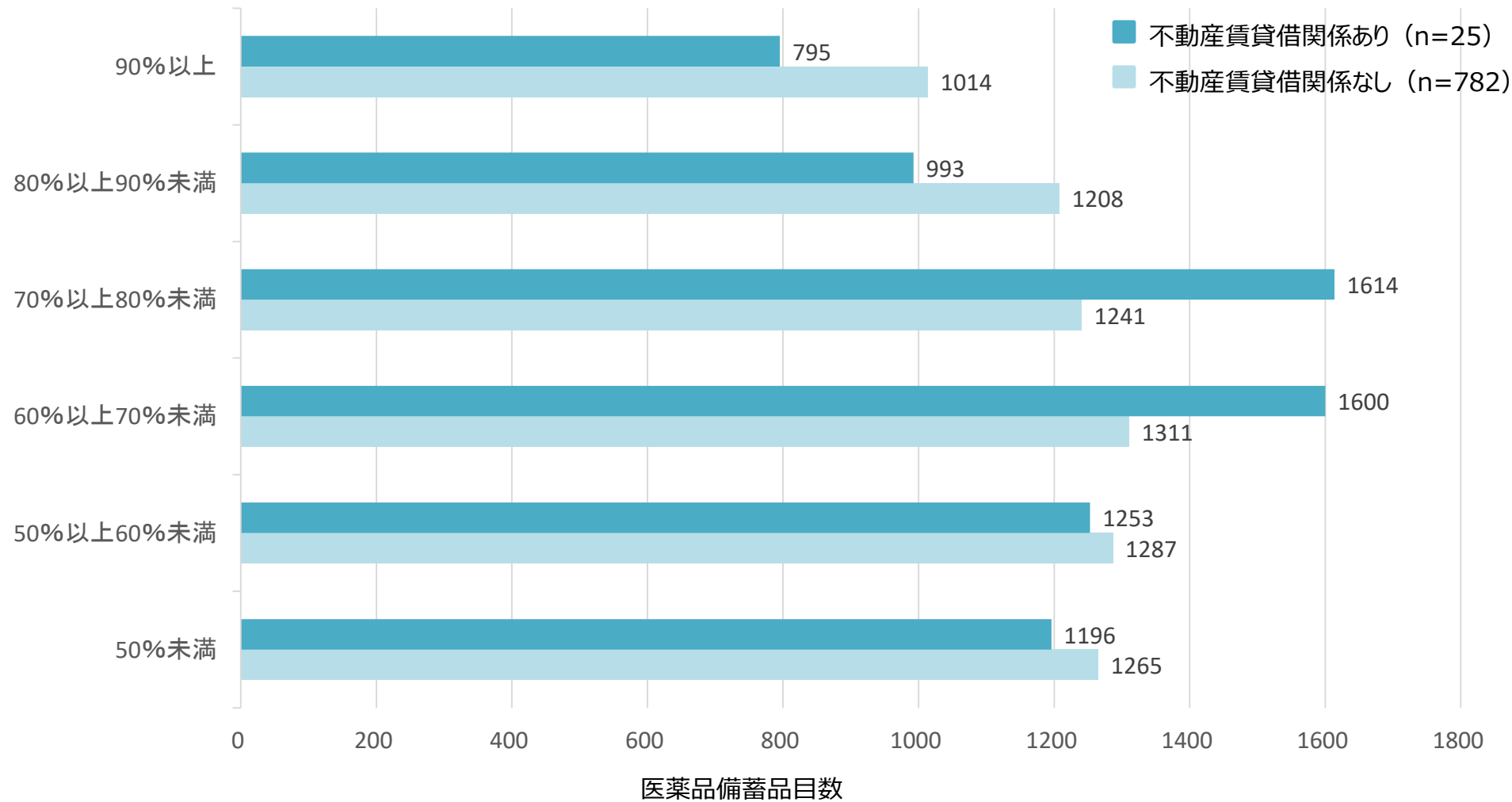
処方箋集中率別の医薬品備蓄品目数（回答薬局数=887）



薬局における医薬品等の備蓄状況（処方箋集中率別）

- 集中率が高いほど、医薬品の備蓄品目数が少なくなる傾向にある。
- 医療機関と不動産の賃貸借関係がある薬局においては、処方箋集中率80%以上では備蓄品目数が少ない。

医療機関との不動産賃貸借関係の有無別の医薬品備蓄品目数

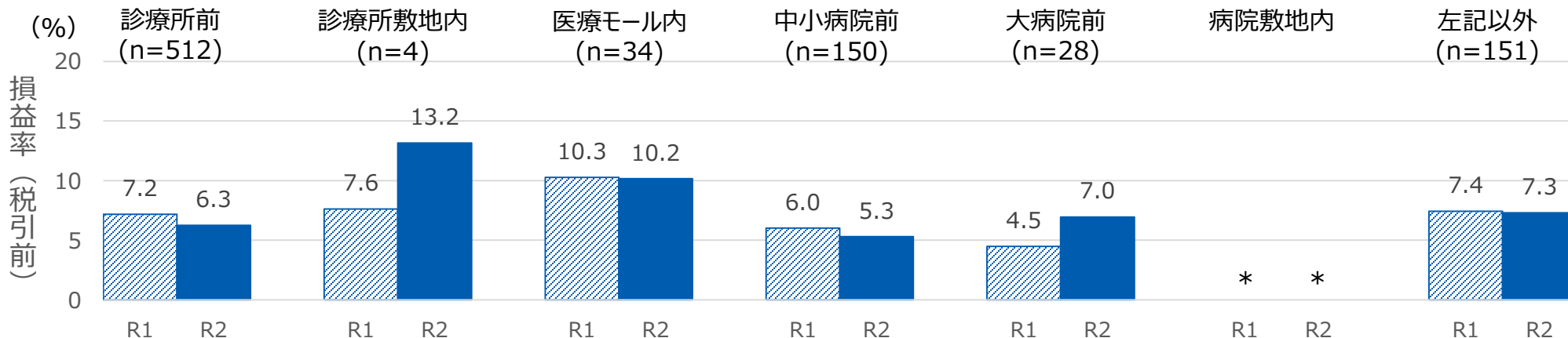


薬局の立地別の損益率

- 令和2年度改定後の損益率は、診療所前、中小病院前で減少していた。
- 回答のあった薬局数は少ないものの、診療所敷地内、医療モール内の薬局の損益率が高かった。

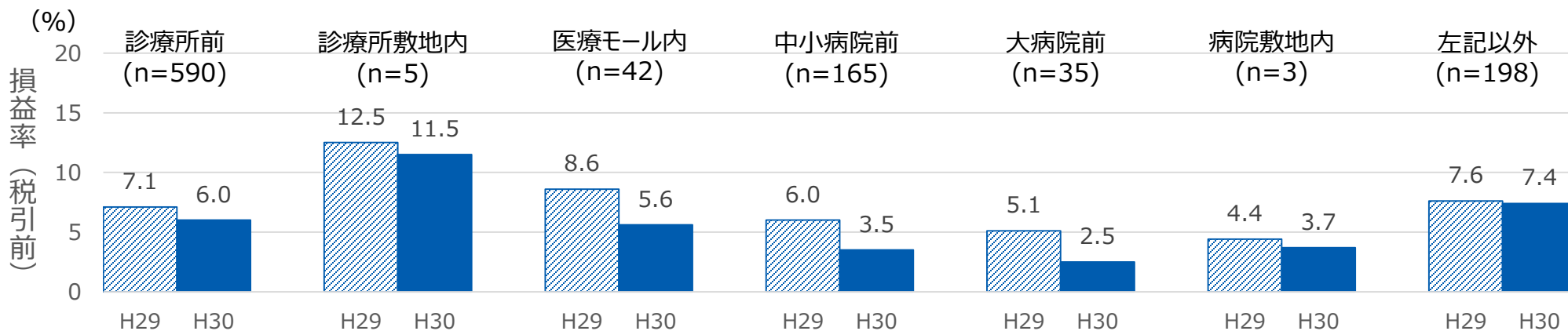
第23回医療実態調査（今回の調査）

※ 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



* 施設数が1または2の場合、当該集計区分の数値を「*」で秘匿した。

（参考）第22回医療実態調査（前回の調査）



医療経済実態調査の特別集計（法人店舗数別の損益率）

○ 同一グループの薬局の店舗数が多いほど、損益率が高くなる傾向がある。

1店舗あたりの状況 (上段：R1 下段：R2)	法人（同一グループの保険薬局の店舗数）				
	1店舗 (n=95)	2～5店舗 (n=256)	6～19店舗 (n=161)	20～299店舗 (n=197)	300店舗以上 (n=154)
Ⅰ．収益*1	154,886	146,003	156,150	180,097	251,179
	149,443	142,394	154,748	178,679	247,458
Ⅱ．介護収益	332	811	1,047	963	939
	274	846	1,195	944	979
Ⅲ．費用	151,513	140,991	145,459	167,782	228,281
	148,754	139,100	146,190	166,157	221,237
1．給与費	32,843	30,970	29,445	30,279	36,448
	32,835	30,919	30,228	30,287	35,954
2．医薬品等費 (うち調剤用医薬品費*2)	104,584 (103,227)	95,848 (92,758)	101,520 (99,294)	114,783 (112,865)	153,507 (148,706)
	101,087 (99,605)	94,026 (91,570)	101,660 (100,166)	112,967 (110,929)	147,579 (142,862)
Ⅳ．損益差額（税引前） (新型コロナウイルス感染症関連の補助金を 含めた損益差額)	3,705	5,823	11,737	13,279	23,837
	963 (1,211)	4,141 (4,459)	9,753 (10,150)	13,466 (14,022)	27,200 (27,603)
粗利益率*1（％） (（収益＋介護収益－医薬品等費）／（収益＋介護収益）)	32.6%	34.7%	35.4%	36.6%	39.1%
	32.5%	34.4%	34.8%	37.1%	40.6%
労働分配率*1（％） (給与費／（収益＋介護収益－医薬品等費）)	64.9%	60.8%	52.9%	45.7%	37.0%
	67.5%	62.8%	55.7%	45.4%	35.6%
損益率*1（％） (損益差額／（収益＋介護収益）)	2.4%	4.0%	7.5%	7.3%	9.5%
	0.6%	2.9%	6.3%	7.5%	10.9%

*1 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を収益から除外して算出。

*2 調剤用医薬品費の回答がなかった施設については医薬品等費を調剤用医薬品費とみなして算出。

(単位：千円)

医療経済実態調査の特別集計（店舗数別の損益率）

中医協 総 - 2
元 . 1 2 . 4

○ 同一グループの薬局の店舗数が6店舗以上の場合では、損益率にほとんど差はなかった。

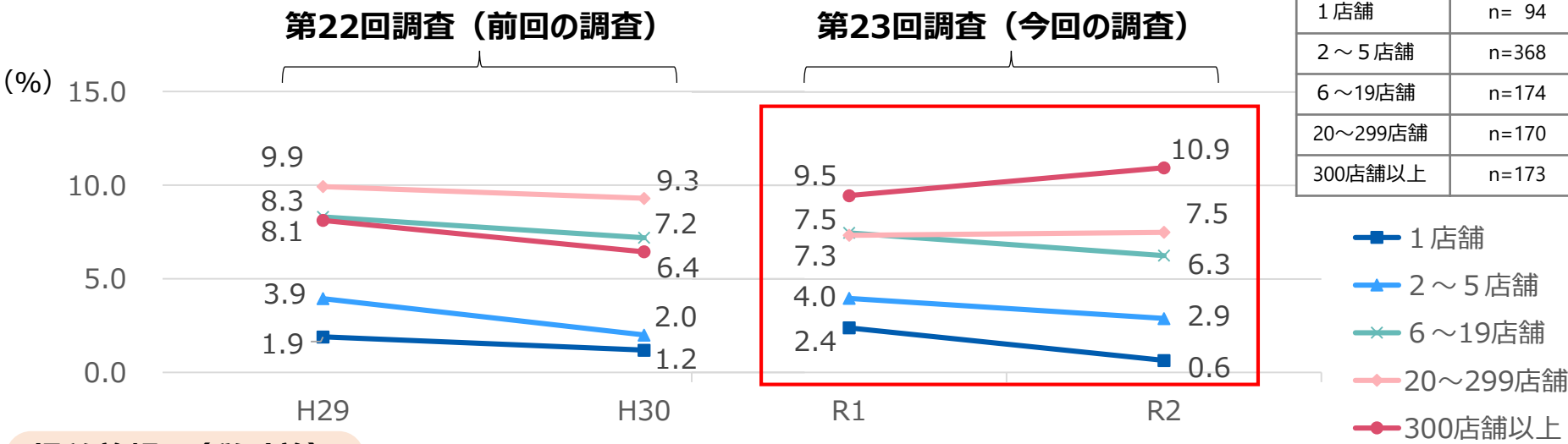
1店舗あたりの状況	同一グループの保険薬局の店舗数					
	1店舗 (n=94)	2～5店舗 (n=368)	6～10店舗 (n=115)	11～19店舗 (n=59)	20～99店舗 (n=118)	100店舗以上 (n=225)
I. 収益	141,853	158,927	187,667	207,852	170,668	288,610
II. 介護収益	163	509	538	446	729	771
III. 費用	140,331	156,246	174,706	193,212	158,040	267,402
1. 給与費	28,517	33,595	33,660	36,028	27,141	37,799
2. 医薬品等費	98,108	105,347	122,252	136,490	114,143	193,739
IV. 損益差額（税引前） （損益率；％）	1,684 (1.2%)	3,190 (2.0%)	13,498 (7.2%)	15,086 (7.2%)	13,357 (7.8%)	21,979 (7.6%)

（単位：千円）

法人店舗数別の薬局の損益率、損益差額の推移

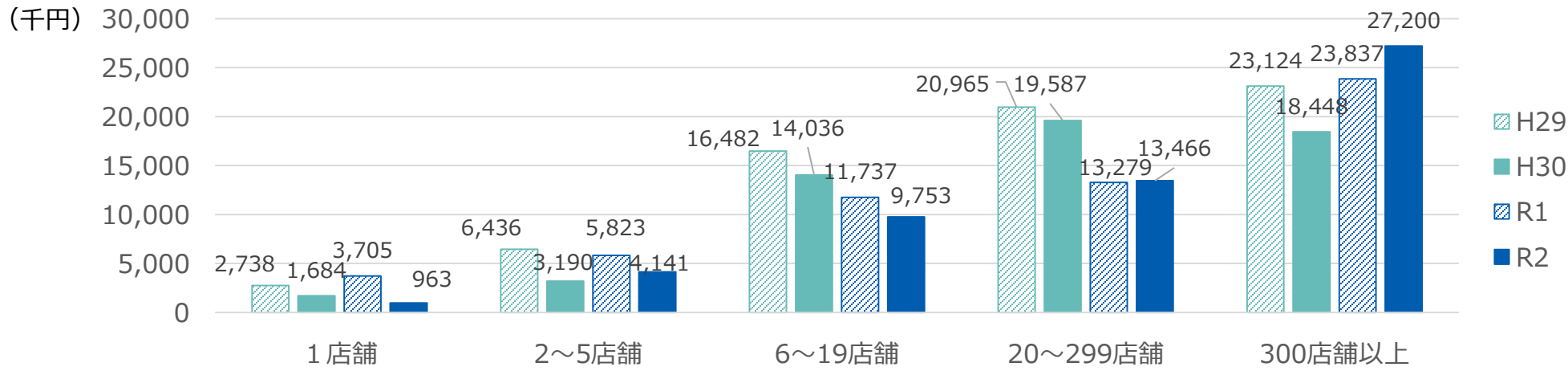
- 令和2年度改定後は20店舗以上の薬局では損益率が増加しているが、それ以外の薬局では損益率は減少している。
- 損益差額は、300店舗以上の場合が最も大きい。

損益率※（税引前）



	H29～H30	R1～R2
1店舗	n= 94	n= 95
2～5店舗	n=368	n=256
6～19店舗	n=174	n=161
20～299店舗	n=170	n=197
300店舗以上	n=173	n=154

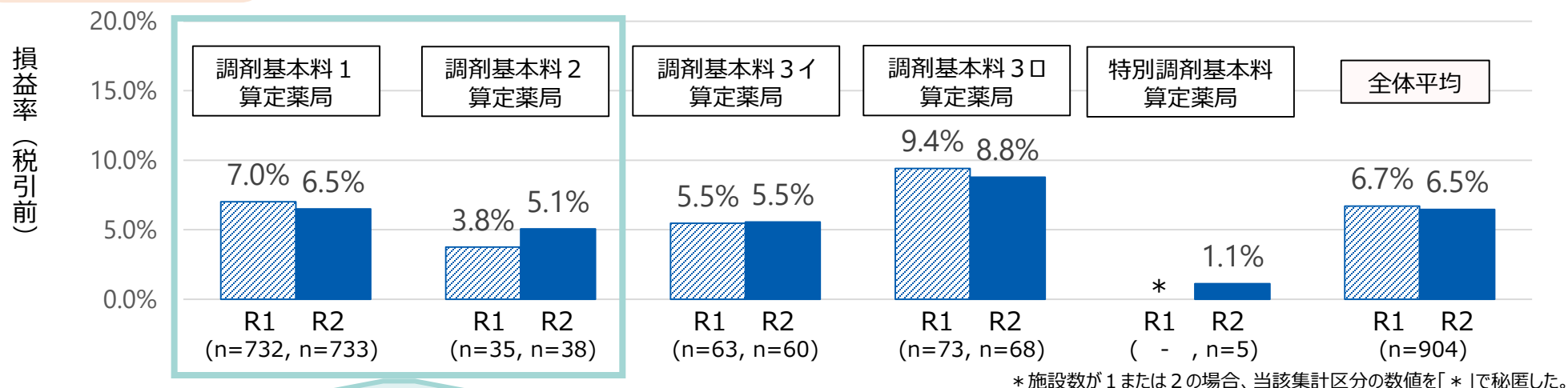
損益差額*（税引前）



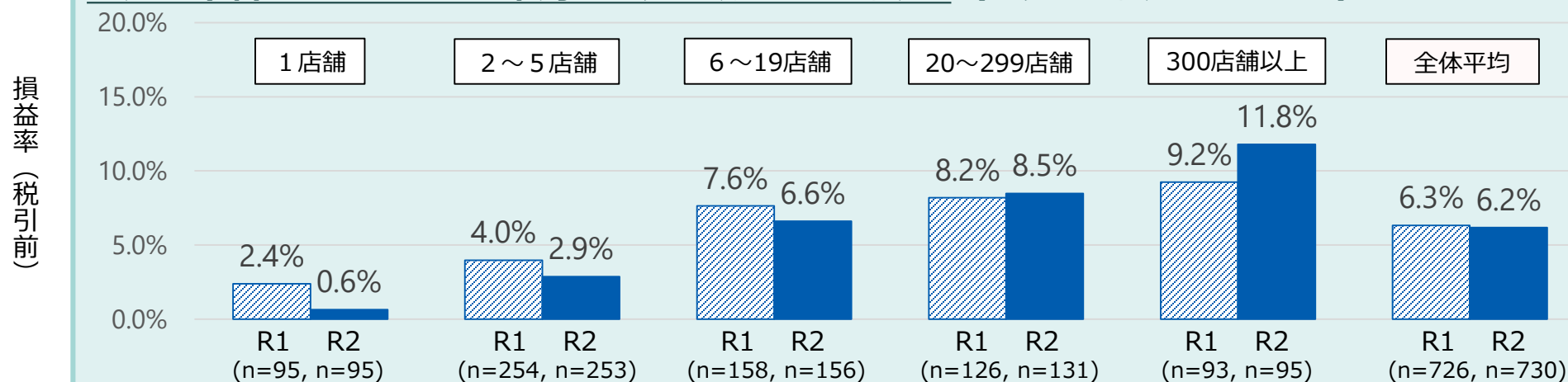
薬局の調剤基本料別の損益率

○ 調剤基本料 1 又は 2 の算定薬局においては、グループ店舗数300店舗以上の薬局の損益率が高かった。

調剤基本料別



調剤基本料 1 又は 2 の算定薬局におけるグループ店舗数別（法人店舗数別の損益率）



特別調剤基本料

○ 敷地内薬局等については、**(1) 「医療機関と不動産取引等その他特別な関係」を有し、かつ、(2) 一定の要件を満たす場合**、調剤基本料は、**特別調剤基本料（9点）**となる。

(1)不動産取引等その他の特別な関係	次のいずれかに該当する薬局は、「医療機関と不動産取引等その他特別な関係」を有すると判断 ① 医療機関と 不動産の賃貸借取引関係 にある ② 医療機関が 譲り渡した不動産の利用して開局 している ③ 薬局が所有する 会議室その他設備を医療機関に貸与 している ④ 医療機関による 開局時期の指定を受けて開局 した
----------------------	---

(2)対象薬局	病院敷地内等 の薬局の場合	診療所敷地内等 の薬局の場合
開局時期	平成28年10月 1 日以降（注） （注 1）③会議室その他設備の貸与は開局時期によらず適用される （注 2）平成28年 9 月30日以前に開局したものであっても、平成28年10月 1 日以降に特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となった場合には、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局と判断	平成30年 4 月 1 日以降（注） （注 1）③会議室その他設備の貸与は開局時期によらず適用される （注 2）平成30年 3 月31日以前に開局したものであっても、平成30年 4 月 1 日以降に特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となった場合には、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局と判断
処方箋集中率	70%超	

(例外) 対象とならない 薬局	医療資源の少ない地域に所在する薬局 ＜基準＞ 以下のいずれにも該当した場合 ①医療資源の少ない地域に所在、②中学校区内の医療機関数：10以下＋200床以上の医療機関なし、③処方箋受付回数：1月に2,500回以下	
		同一建物内に診療所が所在 ※同一建物内に診療所がある場合（医療モール等）は、調剤基本料 2 又は調剤基本料 3 として対応

特別調剤基本料の該当性の判断が困難な事例

- 敷地内薬局と考えられる立地にあるが、特別調剤基本料の該当性の判断が困難な事例がみられる。

事例①

医療機関Aが賃借する不動産を第三者Xが賃借し、当該賃借人Xと薬局Pの間で賃貸借契約を行っている

事例②

医療機関Aが所有する不動産を第三者Xが賃借し、その不動産を当該賃借人Xから第三者Yに賃借し、当該賃借人Yと薬局Pの間で賃貸借契約を行っている

事例③

病院Aの近隣に開設していた薬局Pが敷地内に移転し、指定日を遡及して保険薬局の指定を受けている

事例④

医療機関Aとの関係性が不明な事業者Bが所有する不動産を第三者Xが賃借し、当該賃借人Xと薬局Cの間で賃貸借契約を行っている

事例⑤

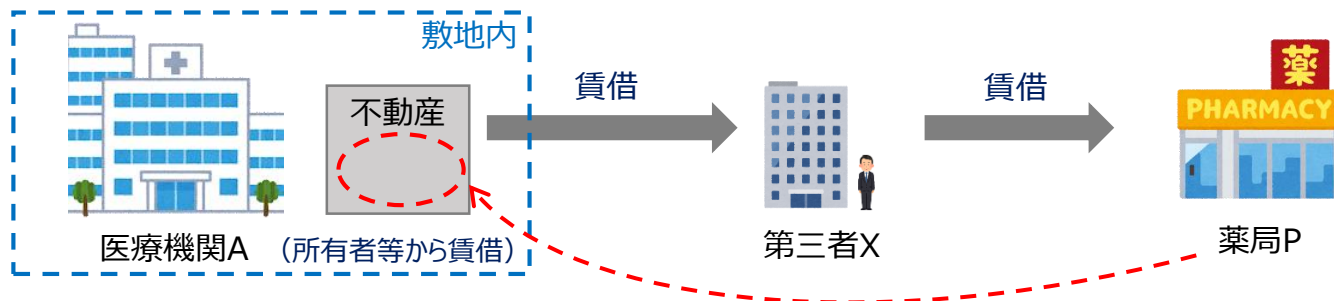
医療機関Aからの公募に応じて開局している薬局Pが、開局時期の指定を受けていない

事例①

- 医療機関が貸借している不動産を転貸借している事例。

事例①

医療機関Aが貸借する不動産を第三者Xが賃借し、当該賃借人Xと薬局Pの間で賃貸借契約を行っている



通知

1 「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」とは、次の(1)から(4)までのいずれかに該当するものであること。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合は、ここでいう「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」には該当しない。

- (1) 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合
- (2) 当該保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を利用して開局している保険薬局である場合
- (3) 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保険薬局である場合
- (4) 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保険薬局である場合

3 1の「賃貸借取引関係」とは、保険医療機関と保険薬局が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指す他、次の(1)から(3)までの場合を含む。

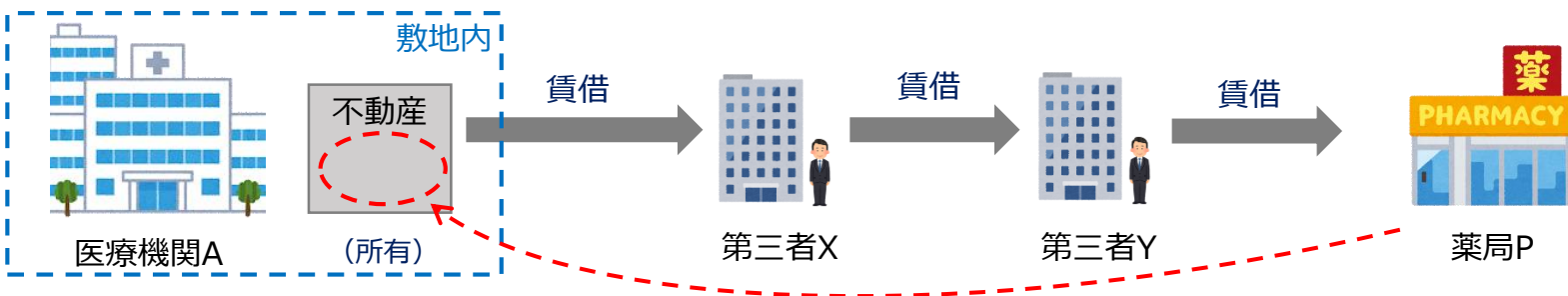
- (1) 保険医療機関が所有する不動産を第三者が賃借し、当該賃借人と保険薬局との間で賃貸借取引を契約している場合
- (2) 保険薬局が所有する不動産を第三者が賃借し、当該賃借人と保険医療機関との間で賃貸借取引を契約している場合
- (3) 保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合

事例②

- 医療機関と保険薬局の間に、第三者による不動産賃借が2件以上介在する事例。

事例②

医療機関Aが所有する不動産を第三者Xが賃借し、その不動産を当該貸借人Xから第三者Yに賃借し、当該貸借人Yと薬局Pの間で賃貸借契約を行っている



通知

1 「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」とは、次の(1)から(4)までのいずれかに該当するものであること。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合は、ここでいう「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」には該当しない。

- (1) 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合
- (2) 当該保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を利用して開局している保険薬局である場合
- (3) 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保険薬局である場合
- (4) 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保険薬局である場合

3 1の「賃貸借取引関係」とは、保険医療機関と保険薬局が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指す他、次の(1)から(3)までの場合を含む。

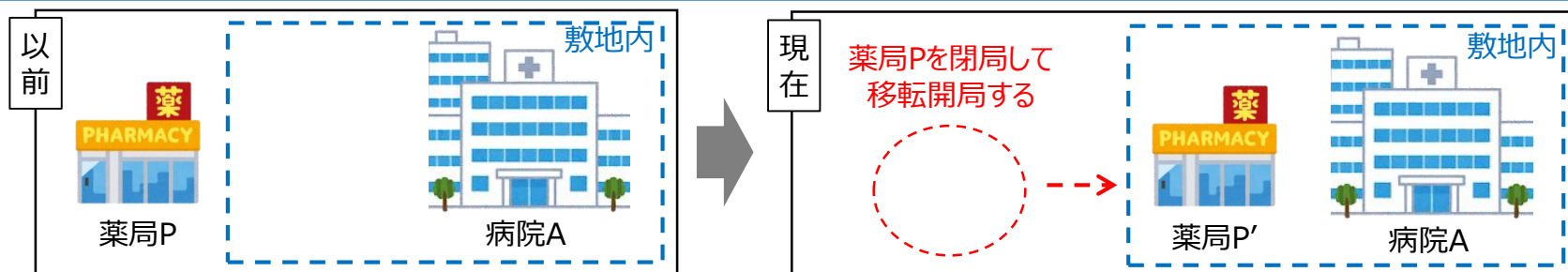
- (1) 保険医療機関が所有する不動産を第三者が賃借し、当該賃借人と保険薬局との間で賃貸借取引を契約している場合
- (2) 保険薬局が所有する不動産を第三者が賃借し、当該賃借人と保険医療機関との間で賃貸借取引を契約している場合
- (3) 保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合

事例③

- 病院敷地内に移転した薬局が保険薬局の遡及指定を受けており、遡及前の保険指定が平成28年9月30日以前であった事例。

事例③

病院Aの近隣に開設していた薬局Pが敷地内に移転し、指定日を遡及して保険薬局の指定を受けている



通知

1 「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」とは、次の(1)から(4)までのいずれかに該当するものであること。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合は、ここでいう「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」には該当しない。

- (1) 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合
- (2) 当該保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を利用して開局している保険薬局である場合
- (3) 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保険薬局である場合
- (4) 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保険薬局である場合

6 1の(2)については、次の(1)又は(2)のいずれかに該当する場合に「当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係がある場合」と判断する。この場合において、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。

- (1) 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
- (2) 平成30年4月1日以降に診療所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

事例③（続き）

- 病院敷地内に移転した薬局が保険薬局の遡及指定を受けており、遡及前の保険指定が平成28年9月30日以前であった事例。

事務連絡

令和2年4月16日事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その5）

問1 特別調剤基本料への該当性の判断には、保険薬局の開局年月日が含まれている。保険薬局の開設者の変更等の理由により、新たに保険薬局に指定された場合であっても遡及指定を受けることが可能な程度に薬局や患者の同等性が保持されているときには、当該薬局が最初に指定された年月日により特別調剤基本料への該当性を判断することで良いか。

（答）最初に保険薬局として指定された年月日により判断する。

令和2年7月20日事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その23）

問1 「平成30年4月1日以降に開局したものに限り「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」と判断する。」とあるが、平成30年3月31日以前に開局したもので、平成30年4月1日以降に特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となった場合は、どのように判断するのか。

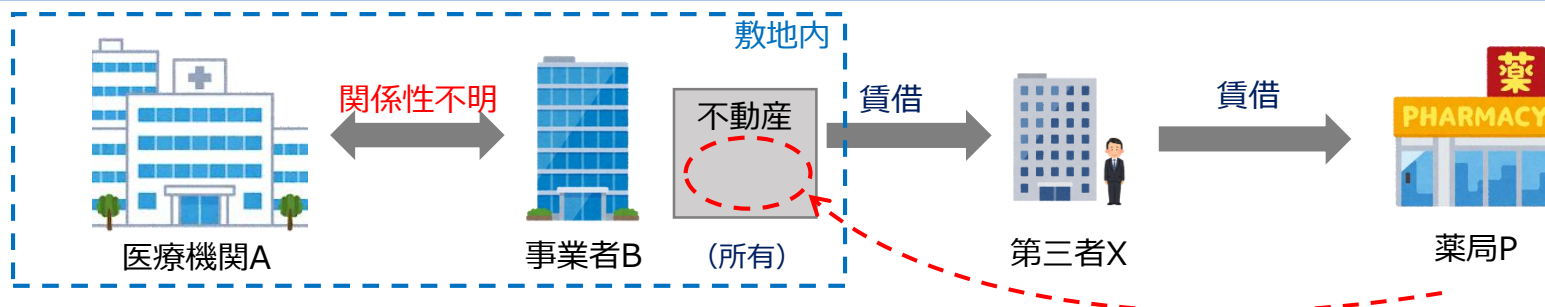
（答）平成30年3月31日以前に開局したものであっても、当該規定の趣旨を踏まえ、平成30年4月1日以降に特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となった場合には、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局と判断する。なお、平成28年9月30日以前に開局した保険薬局であって、平成28年10月1日以降に病院である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となった場合も同様に、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局と判断する。

事例④

- 医療機関との関係性が不明な事業者が所有する不動産の転貸借が行われていた事例。

事例④

医療機関Aとの関係性が不明な事業者Bが所有する不動産を第三者Xが賃借し、当該賃借人Xと薬局Cの間で賃貸借契約を行っている



通知

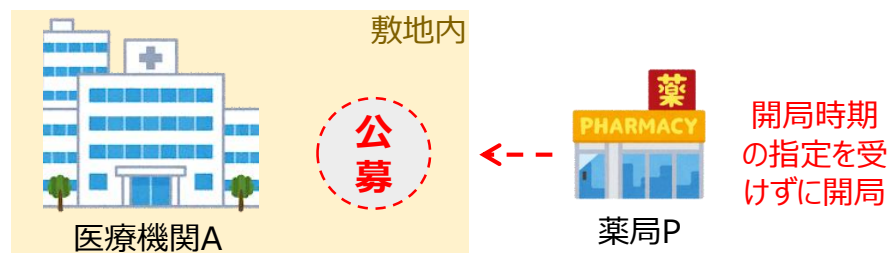
- 1 「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」とは、次の(1)から(4)までのいずれかに該当するものであること。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合は、ここでいう「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」には該当しない。
- (1) 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合
 - (2) 当該保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を利用して開局している保険薬局である場合
 - (3) 当該保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している保険薬局である場合
 - (4) 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保険薬局である場合

事例⑤

- 医療機関からの公募に応じて開局している薬局が開局時期の指定を受けていなかった事例。

事例⑤

医療機関Aからの公募に応じて開局している薬局Pが、開局時期の指定を受けていない



通知

8 1の(4)については、次の(1)又は(2)のいずれかに該当する場合に「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」と判断する。

- (1) 病院からの公募に応じるなど、開局時期の指定を受けて平成28年10月1日以降に開局した場合
- (2) 診療所からの公募に応じるなど、開局時期の指定を受けて平成30年4月1日以降に開局した場合

調剤基本料について

<調剤基本料>

- 調剤基本料 1 を算定する薬局の割合は平成30年度に減少し、令和 2 年 6 月では約84%であった。
- 調剤基本料の区分は薬局経営の効率性を踏まえて設定している。一方で、一定の機能を有する薬局の体制を評価するものとして、地域支援体制加算と後発医薬品調剤体制加算がある。
- 処方箋集中率が高いほど、医薬品の備蓄品目数が少なくなる傾向にあり、特に処方箋集中率90%以上では備蓄品目数が少なく、95%を超えると顕著に少ない。
- 回答のあった薬局数は少ないものの、保険医療機関の敷地内の薬局の損益率が高かった。
- 令和 2 年度改定後は、同一グループの店舗数が20店舗以上の薬局では損益率が増加しているが、それ以外の薬局では損益率は減少している。また、同一グループの薬局の損益差額は、300店舗以上の場合が最も大きかった。



【論点】

- 薬局の同一グループの店舗数や立地別の収益状況を踏まえ、調剤基本料についてどのように考えるか。
- 保険医療機関の敷地内にあり、不動産の賃貸借等の関係にある薬局等の評価をどのように考えるか。

2. 調剤基本料

- ① 総論
- ② 地域支援体制加算

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する、地域支援体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある



医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

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を評価



一定の基準を満たす薬局は、地域支援体制加算が 算定可能

＜施設基準＞

調剤基本料 1

調剤基本料 1 以外

- ・ 地域医療に貢献することを体制を有することを示す実績
- ・ 24時間調剤、在宅対応体制の整備 等

以下の基準のうち①～③を満たした上で、
④又は⑤を満たすこと。
(1 薬局あたりの年間の回数)

- 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 12回
- 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。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 12回
- ⑤ 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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。
(1～8は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、9は薬局あたりの年間の回数)

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回
- ② 麻薬の調剤実績 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
- ⑨ 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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席していること。

地域医療に貢献する薬局の評価

➤ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価を見直す。

地域支援体制加算 35点 → 38点

※青字は変更部分

○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)集中度85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

[経過措置]

調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。

- 調剤基本料1を算定している保険薬局
以下の基準のうち①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。
(1薬局あたりの年間の回数)
- 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 12回以上 ※1
 - 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。
 - ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上 ※2
 - ⑤ 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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

- 調剤基本料1以外を算定している保険薬局
以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。
(①～⑧は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、⑨は薬局あたりの年間の回数)
- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
 - ② 麻薬の調剤実績 10回以上
 - ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上
 - ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上
 - ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上
 - ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上
 - ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 12回以上 ※1
 - ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上 ※2
 - ⑨ 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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

※1 在宅協力薬局として実施した場合(同一グループ内は除く)や同等の業務を行った場合を含む。

※2 同等の業務を行った場合を含む。

地域支援体制加算の主な施設基準

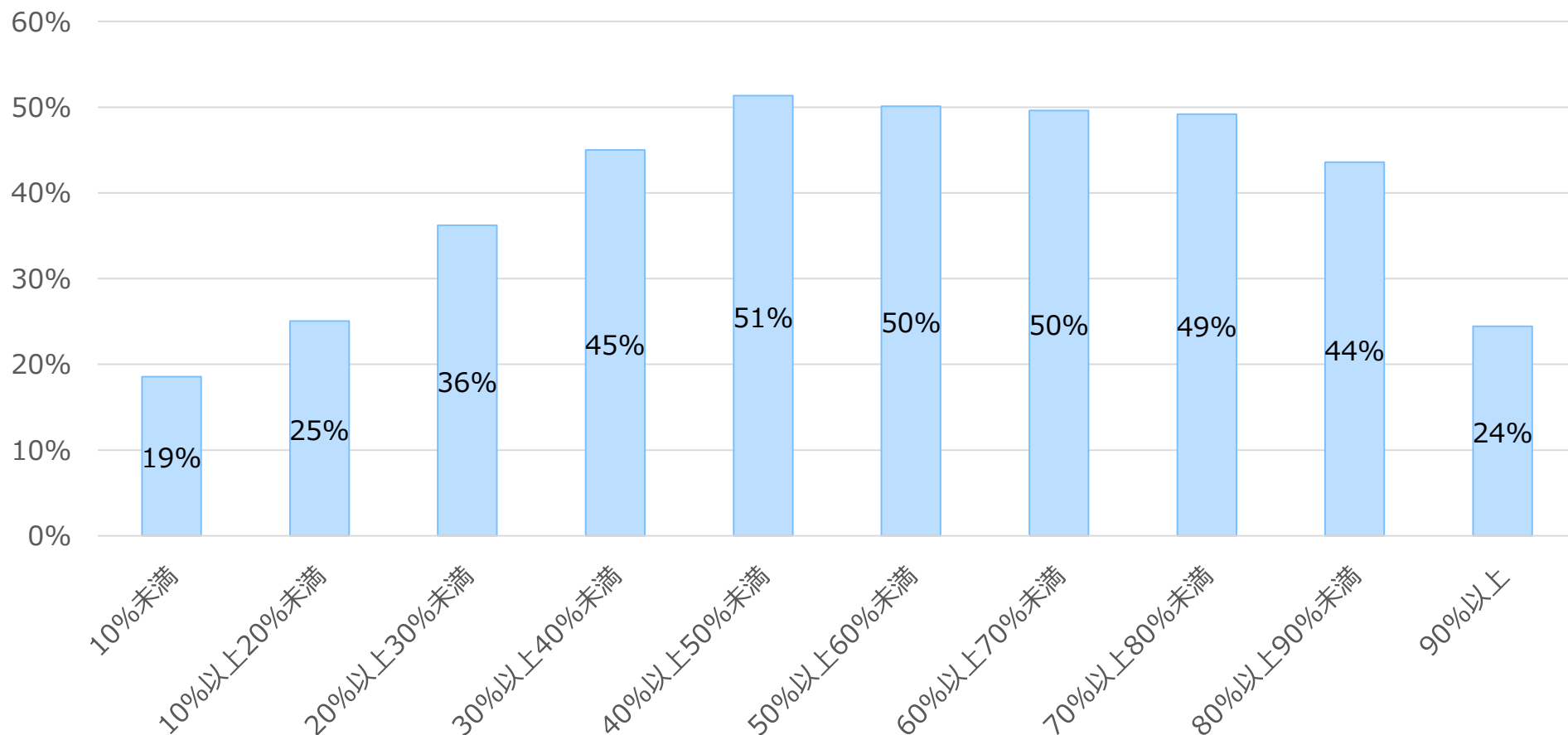
地域支援体制加算(38点)		
調剤基本料の区分	○調剤基本料 1 以下の基準のうち①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。 (1 薬局あたりの年間の回数) ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。 ② 在宅患者薬剤管理の実績 12回 ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。 ④ 服薬情報等提供料の実績 12回 ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席	○調剤基本料 1 以外 以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。(1～8は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、9は薬局あたりの年間の回数) ① 夜間・休日等の対応実績 400回 ② 麻薬の調剤実績 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 ⑨ 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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席していること。
開局時間	○平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局	
医薬品の備蓄品目数	○1,200品目以上	
かかりつけ薬剤師指導料	○届出あり	
24時間体制	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は3以下)	
在宅	○在宅業務の体制整備 ※①在宅業務実施体制の周知、②医療材料・衛生材料の供給体制、③在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーションとの連携体制、④介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携体制等	
後発医薬品	○集中率が85%を超える薬局：後発医薬品の調剤割合が50%以上	
医療安全	○PMDAメディナビの登録 ○ブレアボイド事例の報告、副作用報告の体制	
その他	○定期的な研修実施 ○プライバシーに配慮した構造 ○一般医薬品の販売及び購入者の薬剤服用歴に基づいた情報提供 ○健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示	

処方箋集中率別の地域支援体制加算の届出状況

- 調剤基本料 1 を算定している薬局のうち、処方箋集中率が40%～80%程度の薬局では地域支援体制加算の届出をしている割合が多かった。
- 一方で、処方箋の集中率が高い薬局でも地域支援体制加算の届出は一定程度なされていた。

処方箋集中率別の地域支援体制加算の届出状況

(調剤基本料 1 を算定している薬局数=47,281)



※処方箋集中率について回答があった薬局のみ集計

地域支援体制加算の届出の有無別の薬局の構造設備等

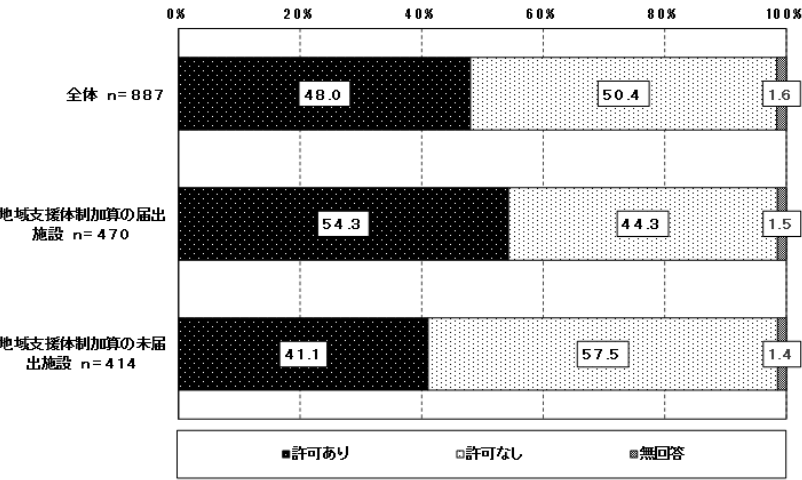
○ パーテーション等により患者のプライバシーが確保され、且つ座って服薬指導が受けられる設備の有無、高度管理医療機器等の販売業・貸与業の許可の有無を地域支援体制加算の届出別にみると、以下のとおり。

地域支援体制加算の届出施設数

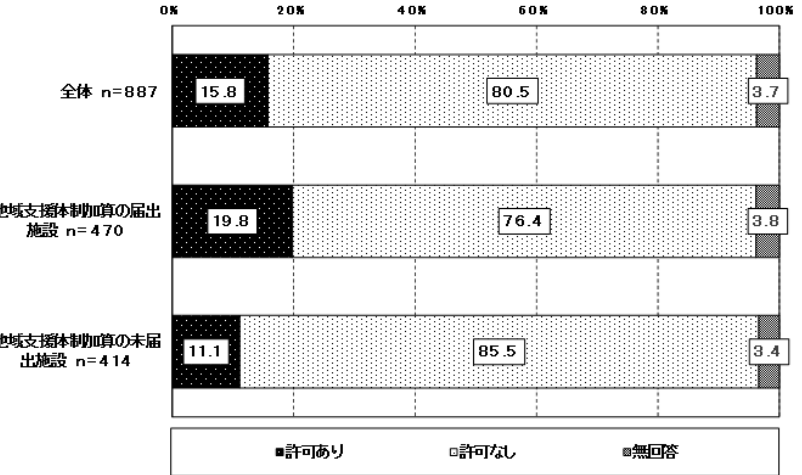
平成30年	令和元年	令和2年
15,382件	16,242件	18,310件

出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

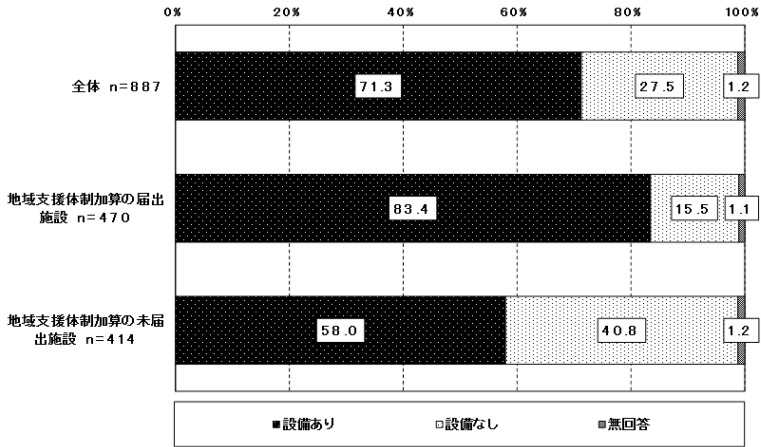
高度管理医療機器等の販売業の許可の有無



高度管理医療機器等の貸与業の許可の有無



パーテーション等により患者のプライバシーが確保され、且つ座って服薬指導が受けられる設備の有無

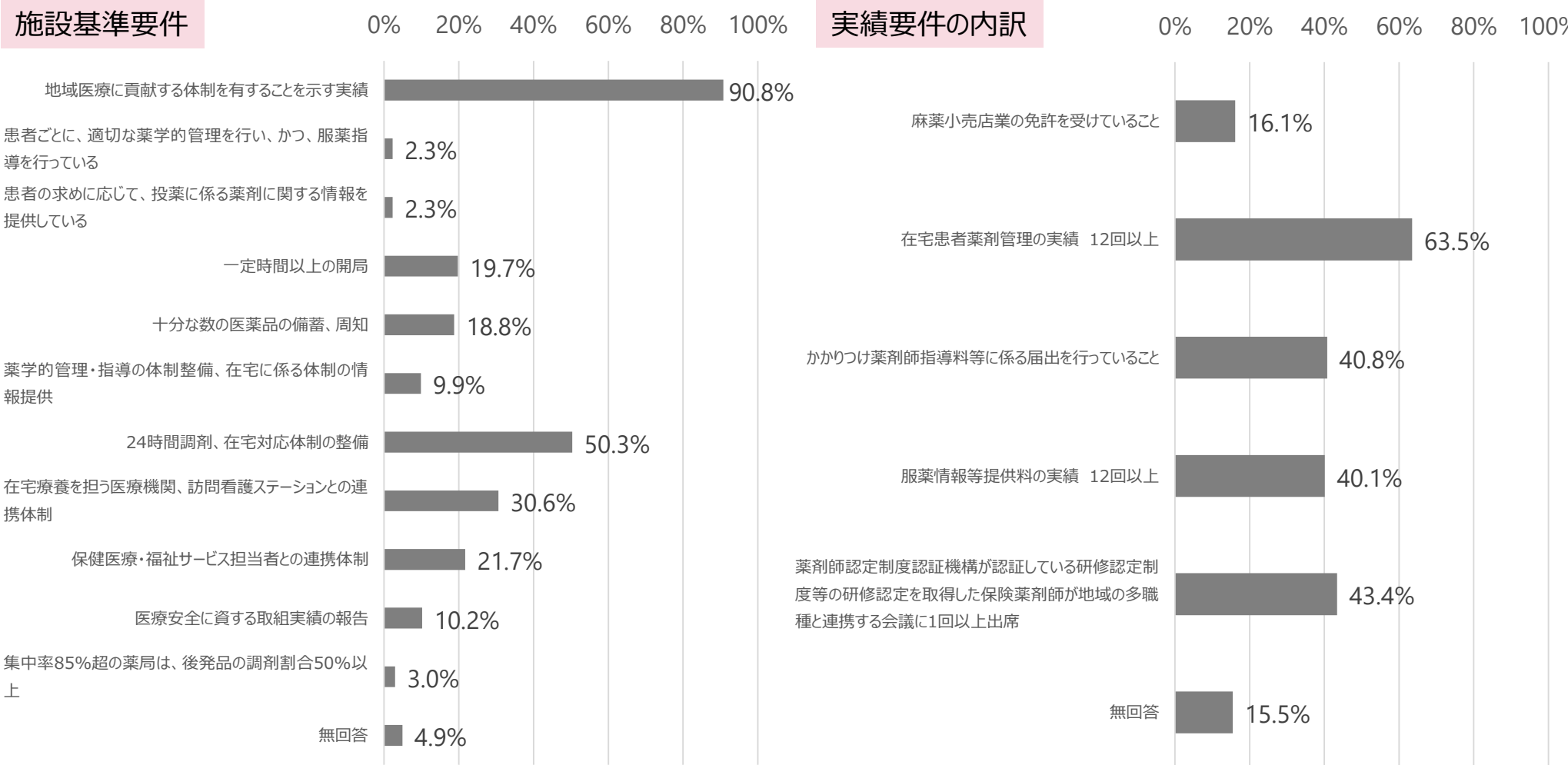


出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（R3かかりつけ薬剤師調査）速報値

地域支援体制加算の届出が困難な理由（調剤基本料 1）

- 調剤基本料 1 を算定する薬局では、地域支援体制加算の届出が困難な理由として、「実績要件」、「24時間調剤、在宅対応体制の整備」を挙げる割合が多かった。
- 実績要件については、「在宅患者薬剤管理（12回以上）」、「認定薬剤師の地域の多職種と連携する会議への出席」、「かかりつけ薬剤師指導料等の届出」、「服薬情報等提供料（12回以上）」を挙げる割合が多かった。

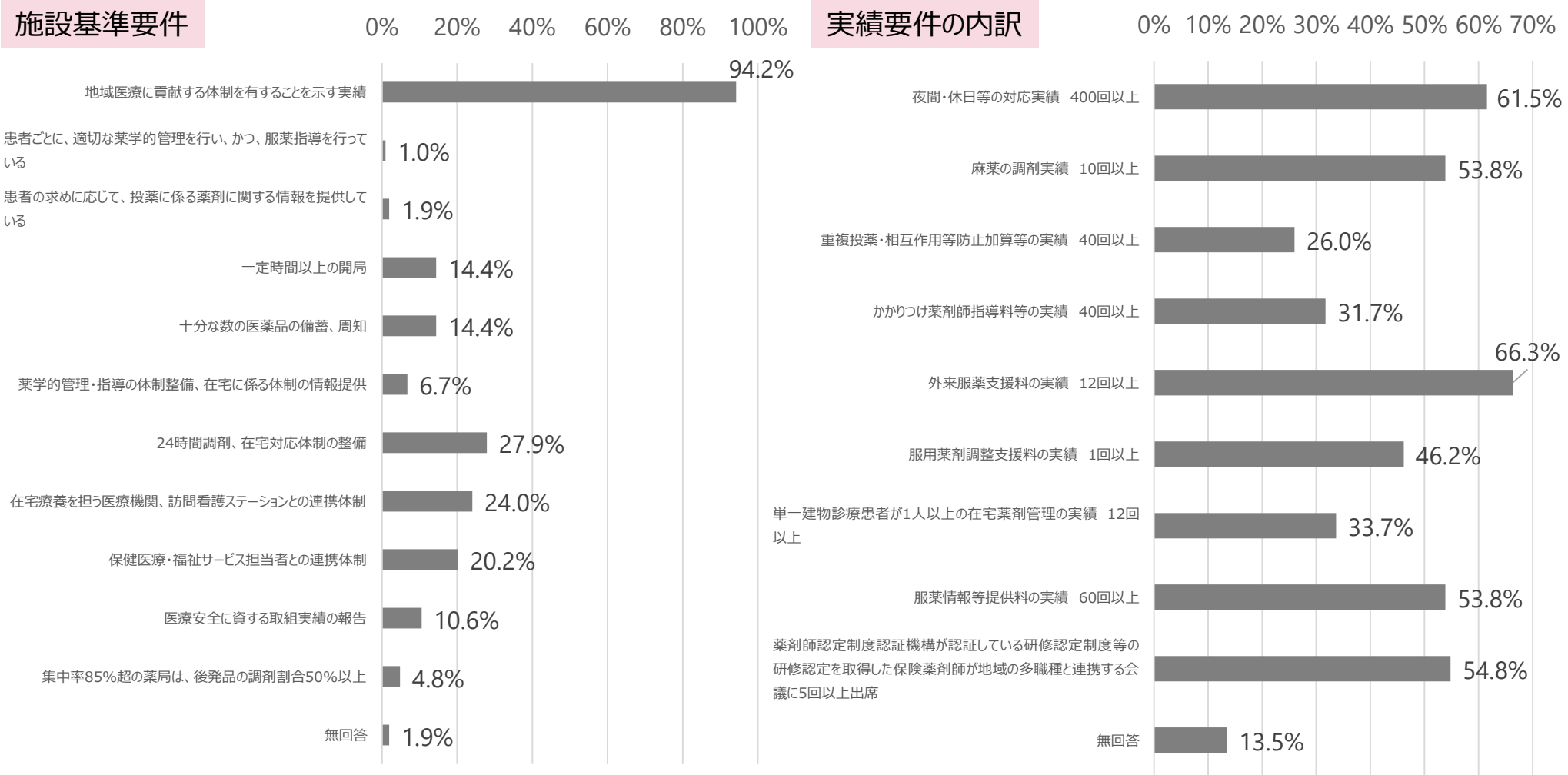
<調剤基本料 1 を算定している薬局>



地域支援体制加算の届出が困難な理由（調剤基本料 1 以外）

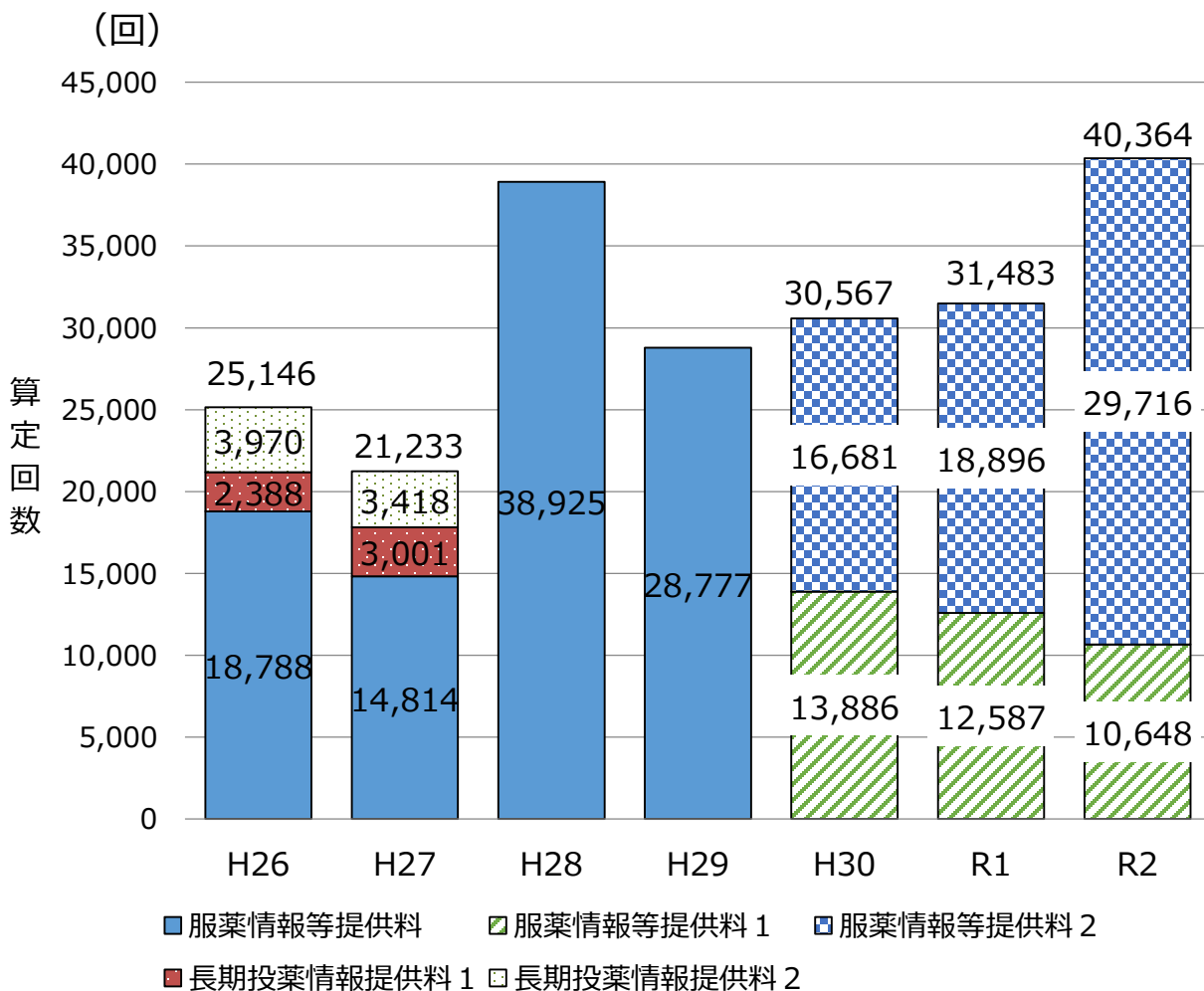
- 調剤基本料 1 以外を算定する薬局においては、地域支援体制加算の届出が困難な理由として、「実績要件」を挙げる割合が多かった。
- 実績要件については、「外来服薬支援料（12回）」、「夜間・休日等の対応（400回）」を挙げる割合が多かった。

<調剤基本料 1 以外を算定している薬局>



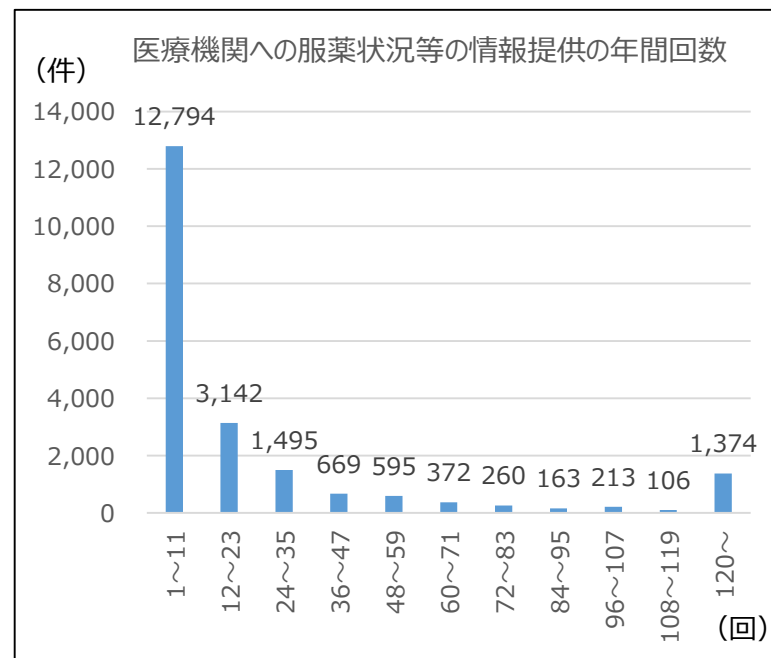
服薬情報等提供料の算定状況

○ 服薬情報等提供料は、令和2年度において、1月あたり約4万回算定されている。



※H28～ 長期投薬情報提供料は服薬情報等提供料に統合

【参考】



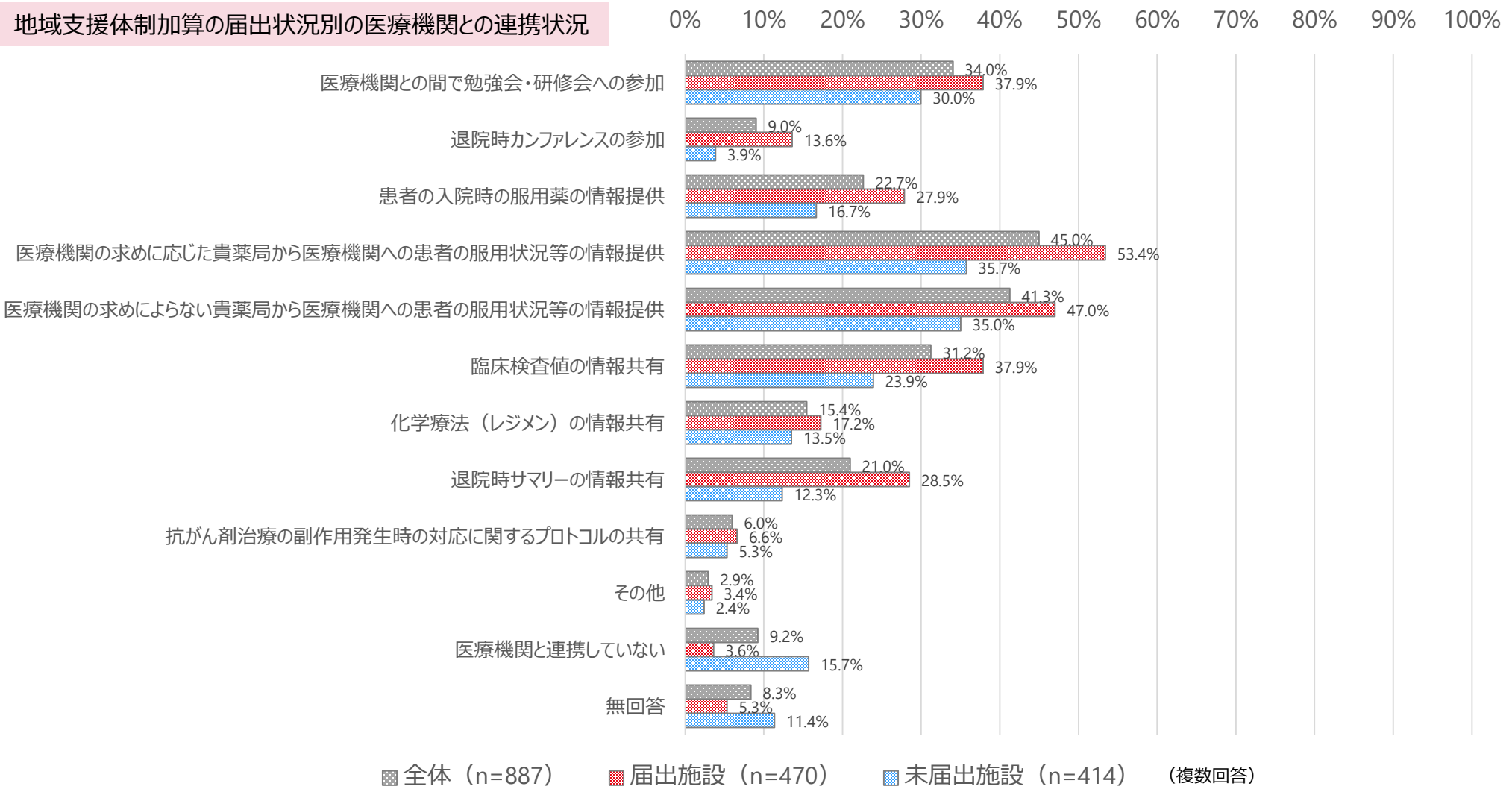
n=60,896

※情報提供回数が0件の薬局=39,713件

出典：薬局機能情報提供制度の報告

地域支援体制加算の届出状況別の医療機関との連携状況

- 地域支援体制加算の届出薬局では、未届出の薬局に比べて医療機関と連携している傾向があった。
- 未届出の薬局と比較して10ポイント以上差があった項目として、①患者の服薬状況等の情報提供、②退院時サマリーの情報共有などが挙げられる。



KPIの設定・把握

- 経済・財政アクション・プログラム2016（平成28年12月21日）において、「患者のための薬局ビジョン」の進捗状況を把握・評価する指標（KPI）として、『「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数』が位置づけられた。
- このKPIについては、薬局機能情報提供制度に追加する項目のうち、次の項目を毎年全国集計し、把握する。

KPI： 「患者のための薬局ビジョン」に基づき設定する医薬分業の質を評価できる指標の進捗状況

KPIの定義： 「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数

「患者のための薬局ビジョン」で求められている機能	評価する項目	薬局機能情報提供制度の該当項目
患者の服薬情報の一元的・継続的把握	電子版お薬手帳又は電子薬歴システム等、ICTを導入している薬局数	第二の一（３）の（vii）の□と（viii）の□
薬学的管理・指導の取組	医師へ患者の服薬情報等を文書で提供した薬局数（過去１年間に平均月１回）	第二の二（８）
在宅業務への対応	在宅業務を実施した薬局数（過去１年間に平均月１回以上）	第二の二（６）
医療機関等との連携	健康サポート薬局研修を修了した薬剤師が地域ケア会議等の地域の多職種と連携する会議に出席している薬局数（過去１年間に１回以上）	第二の二（７）

<参考> 経済・財政再生アクション・プログラム2016 参考資料（主要分野のKPI）

KPI 「患者のための薬局ビジョン」に基づき設定する医薬分業の質を評価できる指標の進捗状況

KPIの定義、測定 の考え方	「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数	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件数	重複投薬・相互作用防止に係る調剤報酬（重複投薬・相互作用防止加算・処方箋変更あり）の算定件数	各都道府県の、一人の患者が同一期間に３つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数（見える化）	調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数	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
---------------------------	---	---------------------------------	--	--	--	---------------------------------------

KPIの実績について

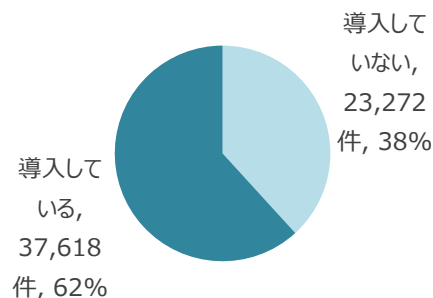
経済・財政再生アクション・プログラム2016（平成28年12月20日経済・財政一体改革推進委員会）においては、「患者のための薬局ビジョン」に基づき設定する医薬分業の質を評価できる指標の進捗状況のKPIとして、6つの項目が示されており、その一つである「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数に関しては、下記4項目が設定されている。また、その目標値として、4項目のいずれかを満たす薬局について、2022年度までに60%とすることとされている。

薬局機能情報提供制度の報告（令和元年末時点）

1. 電子版お薬手帳又は電子薬歴システム等、ICTを導入している薬局数
2. 医師へ患者の服薬情報等を文書で提供した薬局数（過去1年間に平均月1回以上）
3. 在宅業務を実施した薬局数（過去1年間に平均月1回以上）
4. 健康サポート薬局研修を修了した薬剤師が地域ケア会議等の地域の多職種と連携する会議に出席している薬局数（過去1年間に1回以上）

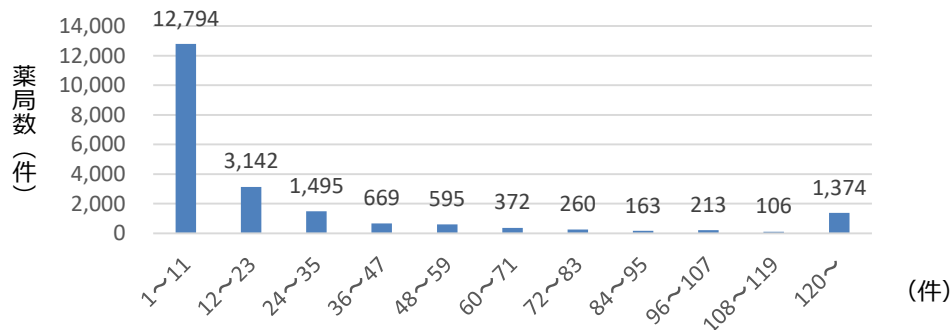
KPIの項目のいずれかを満たした薬局数（件）	全薬局数（件）	割合
41,080	60,896	67.5%

1. 電子版お薬手帳又は電子薬歴システム等、ICTを導入している薬局



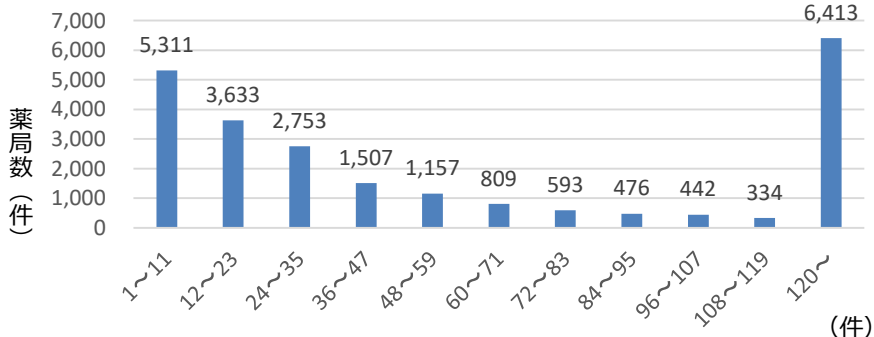
2. 医療機関への服薬状況等の情報提供回数

n=60,896
※情報提供回数が0件の薬局=39,713件



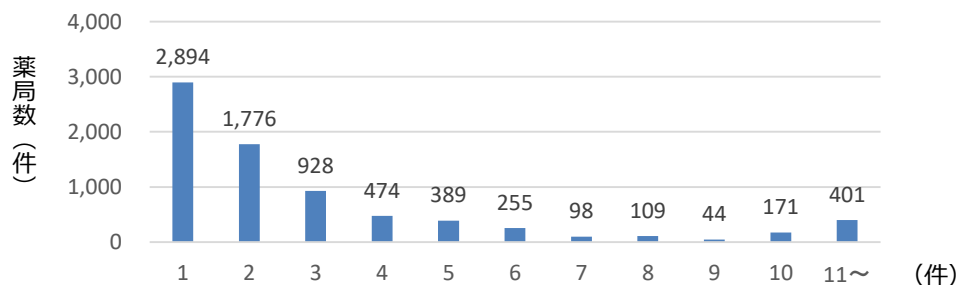
3. 在宅訪問対応調剤の件数

n=60,896
※在宅調剤件数が0件の薬局=37,468件



4. 健康サポート薬局研修修了者が地域ケア会議等の参加回数

n=60,896
※参加回数が0件の薬局=53,357件



特定の機能を有する薬局の認定(令和3年8月1日施行)

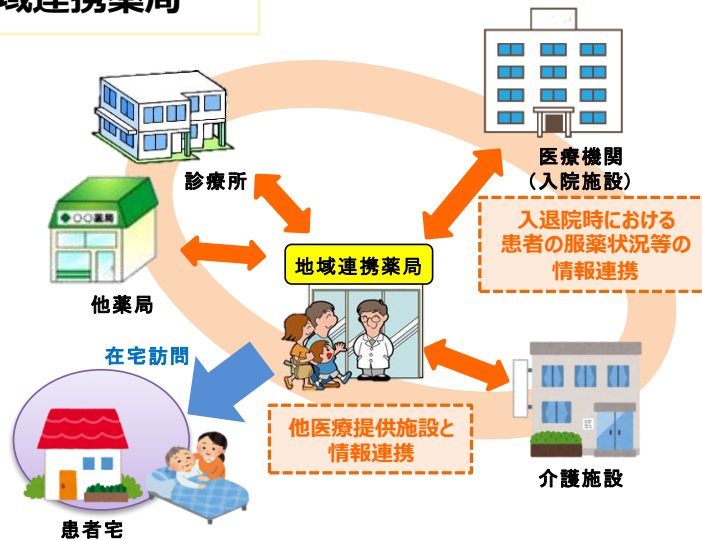
- 薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。

- ・入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（**地域連携薬局**）
- ・がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局（**専門医療機関連携薬局**）

患者のための薬局ビジョンの
「かかりつけ薬剤師・薬局機能」に対応

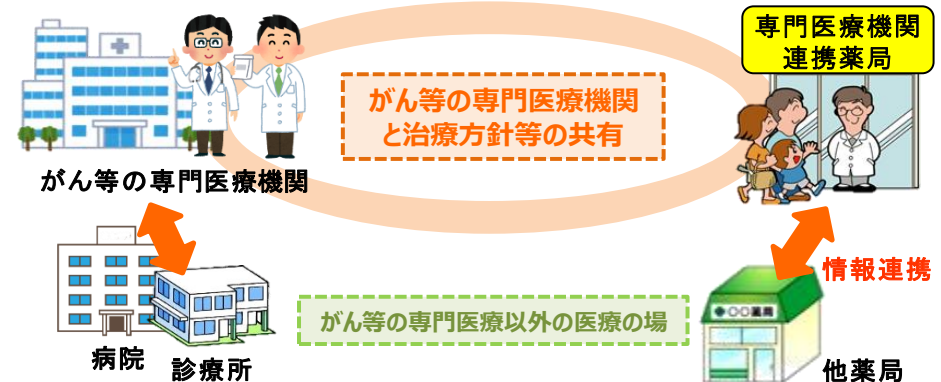
患者のための薬局ビジョンの
「高度薬学管理機能」に対応

地域連携薬局



専門医療機関連携薬局

※傷病の区分ごとに認定
(現在規定している区分は「がん」)



〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

等

〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等）
 - ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置
- ＜専門性の認定を行う団体＞
- 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん））
 - 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）

地域連携薬局の基準

● 地域連携薬局：入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局

	法律	基準
1	構造設備が、利用者の心身の状況に配慮する観点から必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	利用者のプライバシーに配慮した相談しやすい構造設備 ○ 利用者が座って服薬指導等を受けることができる、間仕切り等で区切られた相談窓口等及び相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備の設置 ○ 高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造
2	利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	地域の他の医療提供施設と情報を共有する体制 ○ 地域包括ケアシステムの構築に資する会議への継続的な参加 ○ 地域の医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、利用者の薬剤等の使用情報について随時報告・連絡できる体制の整備 ○ 地域の医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡を行った実績（月平均30回以上の報告・連絡の実績） ○ 地域の他の薬局に対し、利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡できる体制の整備
3	地域の患者に対し安定的に薬剤を供給するための調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	地域の他の医療提供施設と連携しつつ利用者に安定的に薬剤等を提供する体制 ○ 開店時間外の相談応需体制の整備 ○ 休日及び夜間の調剤応需体制の整備 ○ 地域の他の薬局への医薬品提供体制の整備 ○ 麻薬の調剤応需体制の整備 ○ 無菌製剤処理を実施できる体制の整備（他の薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を実施する体制を含む。） ○ 医療安全対策の実施 ○ 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師の半数以上の配置 ○ 地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤薬剤師の半数以上の配置 ○ 薬事に関する実務に従事する全ての薬剤師に対する、地域包括ケアシステムに関する研修又はこれに準ずる研修の計画的な実施 ○ 地域の他の医療提供施設に対する医薬品の適正使用に関する情報の提供実績
4	居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を行う体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	在宅医療に必要な対応ができる体制 ○ 在宅医療に関する取組の実績（月平均2回以上の実績） ○ 高度管理医療機器等の販売業の許可の取得並びに必要な医療機器及び衛生材料の提供体制

専門医療機関連携薬局の基準

● 専門医療機関連携薬局：がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局

① 新法第6条の3第1項の厚生労働省令で定める傷病の区分は、がんとすること。

	法律	基準
1	構造設備が、利用者の心身の状況に配慮する観点から必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	利用者のプライバシーに配慮した相談しやすい構造設備 ○ 利用者が座って服薬指導等を受ける個室等の設備の設置 ○ 高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造
2	利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	利用者に専門的な薬学的知見に基づく指導を行うために、専門的な医療の提供等を行う地域の他の医療提供施設と情報を共有する体制 ○ 専門的な医療の提供等を行う医療機関との会議への継続的な参加 ○ 専門的な医療の提供等を行う医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、①の傷病の区分に該当する利用者の薬剤等の使用情報について随時報告・連絡できる体制の整備 ○ 専門的な医療の提供等を行う医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、①の傷病の区分に該当する利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡を行った実績（①の傷病の区分に係る患者の半数以上報告・連絡した実績） ○ 地域の他の薬局に対し、①の傷病の区分に該当する利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡できる体制の整備
3	専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導の業務を行う体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。 ＜専門性の認定を行う団体＞ ● 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん）） ● 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）	①に係る専門的な調剤や指導に関して、地域の他の医療提供施設との連携を行いつつ、適切に実施できる体制 ○ 開店時間外の相談応需体制の整備 ○ 休日及び夜間の調剤応需体制の整備 ○ 地域の他の薬局への①の傷病の区分に係る医薬品提供体制の整備 ○ 麻薬の調剤応需体制の整備 ○ 医療安全対策の実施 ○ 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師の半数以上の配置 ○ ①の傷病の区分に係る専門性を有する常勤薬剤師の配置 ○ 薬事に関する実務に従事する全ての薬剤師に対する①の傷病の区分に係る専門的な研修の計画的な実施 ○ 地域の他の薬局に対する①の傷病の区分に関する研修の継続的な実施 ○ 地域の他の医療提供施設に対する①の傷病の区分に係る医薬品の適正使用に関する情報の提供実績

地域連携薬局数

全数 1,053 (令和3年10月31日時点)

北海道	11	東京都	226	滋賀県	15	徳島県	6
青森県	8	神奈川県	100	京都府	26	香川県	10
岩手県	7	新潟県	14	大阪府	102	愛媛県	5
宮城県	21	山梨県	4	兵庫県	34	高知県	4
秋田県	2	長野県	6	奈良県	9	福岡県	20
山形県	7	富山県	6	和歌山県	2	佐賀県	3
福島県	9	石川県	15	鳥取県	4	長崎県	1
茨城県	47	岐阜県	8	島根県	6	熊本県	12
栃木県	19	静岡県	25	岡山県	12	大分県	4
群馬県	8	愛知県	33	広島県	32	宮崎県	2
埼玉県	75	三重県	20	山口県	3	鹿児島県	13
千葉県	53	福井県	2			沖縄県	2

専門医療機関連携薬局数

全数 61（令和3年10月31日時点）

北海道	1	東京都	7	滋賀県	2	徳島県	1
青森県	1	神奈川県	5	京都府	0	香川県	0
岩手県	1	新潟県	0	大阪府	1	愛媛県	1
宮城県	3	山梨県	0	兵庫県	2	高知県	0
秋田県	0	長野県	6	奈良県	0	福岡県	3
山形県	2	富山県	0	和歌山県	0	佐賀県	2
福島県	0	石川県	1	鳥取県	0	長崎県	0
茨城県	2	岐阜県	1	島根県	0	熊本県	1
栃木県	1	静岡県	0	岡山県	0	大分県	1
群馬県	4	愛知県	5	広島県	0	宮崎県	0
埼玉県	2	三重県	0	山口県	1	鹿児島県	0
千葉県	4	福井県	0			沖縄県	0

地域支援体制加算と地域連携薬局の要件の比較

		地域支援体制加算		地域連携薬局
構造設備		・パーティション等で区切られた独立したカウンター ・患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制（望ましい）		・利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備（相談窓口への椅子の設置、パーティションの設置等） ・高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造設備（手すり、車いすでも来局できる構造等）
情報提供体制	会議	調基 1：地域の多職種と連携する会議への出席 1 回以上（薬局あたり）	調基 1 以外：地域の多職種と連携する会議への出席 5 回以上（薬局あたり）	・地域包括ケアシステムの構築に資する会議への参加（地域ケア会議、サービス担当者会議、地域の多職種が参加する退院時カンファレンス）
	報告実績	調基 1：服薬情報等提供料の実績 12 回以上	調基 1 以外：服薬情報等提供料の実績 60 回以上	・地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して報告及び連絡した実績（月平均 30 回以上）
	報告体制	・医薬品の情報提供の体制		・地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して随時報告及び連絡することができる体制 ・他の薬局に対して報告及び連絡することができる体制
専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導の業務体制	開局時間	・調剤及び在宅業務に 24 時間対応できる体制 ・調基 1 以外：夜間・休日等の対応実績 400 回以上		・開店時間外の相談に対応する体制 ・休日及び夜間の調剤応需体制
	調剤体制	・1,200 品目以上の保険調剤に係る医薬品の備蓄 ・麻薬小売業者の免許（調基 1 以外：麻薬の調剤実績 10 回以上）		・在庫医薬品を他の薬局に提供する体制 ・麻薬の調剤応需体制 ・無菌製剤処理の実施体制（他の薬局の無菌調剤室を利用する場合も含む）
	医療安全対策	・ブレイクアウト事例の報告、副作用報告の体制、PMDA メディナビへの登録		・医療安全対策（医薬品に係る副作用等の報告の対応、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加等）
	継続勤務・研修	・管理薬剤師に対する要件（5 年以上の勤務、週 32 時間以上の勤務、当該薬局での 1 年以上の勤務） ・かかりつけ薬剤師指導料等の届出（調基 1 以外：算定実績 40 回以上） ・定期的な研修受講		・1 年以上継続勤務する常勤薬剤師の人数（常勤薬剤師の半数以上） ・地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤勤務薬剤師の人数（常勤薬剤師の半数以上） ・地域包括ケアシステムに関する内容の研修の受講（全ての薬剤師が毎年継続的に受講） ・地域の医療施設に対して医薬品に関する情報提供実績（地域の医薬品情報室）
在宅対応	実績	調基 1：在宅患者薬剤管理の実績 12 回以上	調基 1 以外：単一建物診療患者が 1 人の在宅薬剤管理の実績 12 回以上	・在宅患者薬剤管理の実績（月平均 2 回以上）
	体制	・医療材料・衛生材料の供給体制 ・在宅業務実施体制の周知 ・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションとの連携体制、 ・介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携体制、地域包括ケアセンターとの必要な連携		・医療機器及び衛生材料の提供体制（高度管理医療機器又は特定保守管理医療機器の販売業許可）
その他		・後発医薬品の調剤割合 50% 以上（集中率 85% 以上のみ） ・OTC の販売 ・生活習慣全般に係る相談応需・対応（健康情報拠点） ・調基 1 以外：重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40 回以上 ・調基 1 以外：外来服薬支援料の実績 12 回以上 ・調基 1 以外：服用薬剤調整支援料の実績 1 回以上		

※実績要件については、調基 1 は薬局あたり、調基 1 以外は薬剤師あたり

※地域支援体制加算の要件と差異があると考えられる要件にアンダーライン

地域支援体制加算について

<地域支援体制加算>

- 調剤基本料 1 を算定している薬局のうち、処方箋集中率が40～80%程度の薬局では地域支援体制加算の届出をしている割合が多かった。
- 地域支援体制加算の届出が困難な理由として、調剤基本料 1 を算定する薬局では、「24時間調剤、在宅対応体制の整備」、「在宅患者薬剤管理」、「かかりつけ薬剤師指導料等の届出」などを挙げる割合が多かった。一方、調剤基本料 1 以外を算定する薬局では、「外来服薬支援料」、「夜間・休日等の対応」を挙げる割合が多かった。
- 地域支援体制加算の届出薬局では、未届出の薬局に比べて医療機関と連携している傾向があった。
- 令和 3 年 8 月から、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の認定制度が施行されており、令和 3 年10月末時点で、それぞれ1,053薬局、61薬局が認定されている。



【論点】

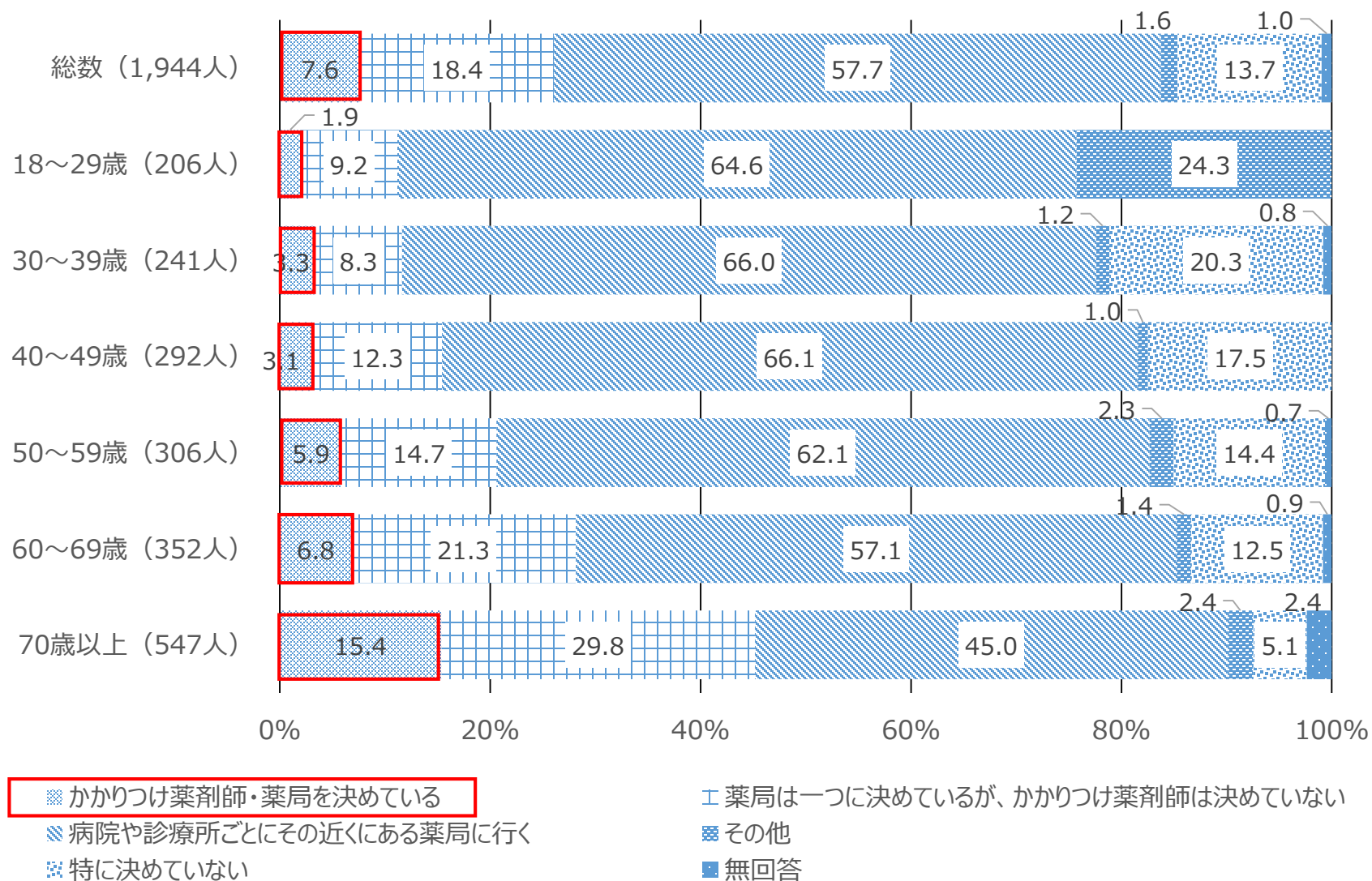
- 令和 3 年 8 月より地域連携薬局等の認定薬局制度が施行されたことも踏まえ、地域支援体制加算の在り方についてどう考えるか。
- 調剤基本料 1 を算定する薬局、調剤基本料 1 以外を算定する薬局それぞれについて、地域への貢献をより推進する観点から、どのように考えるか。

3. その他（個別事項）

- ① 同一薬局の利用促進
- ② 在宅患者訪問薬剤管理指導

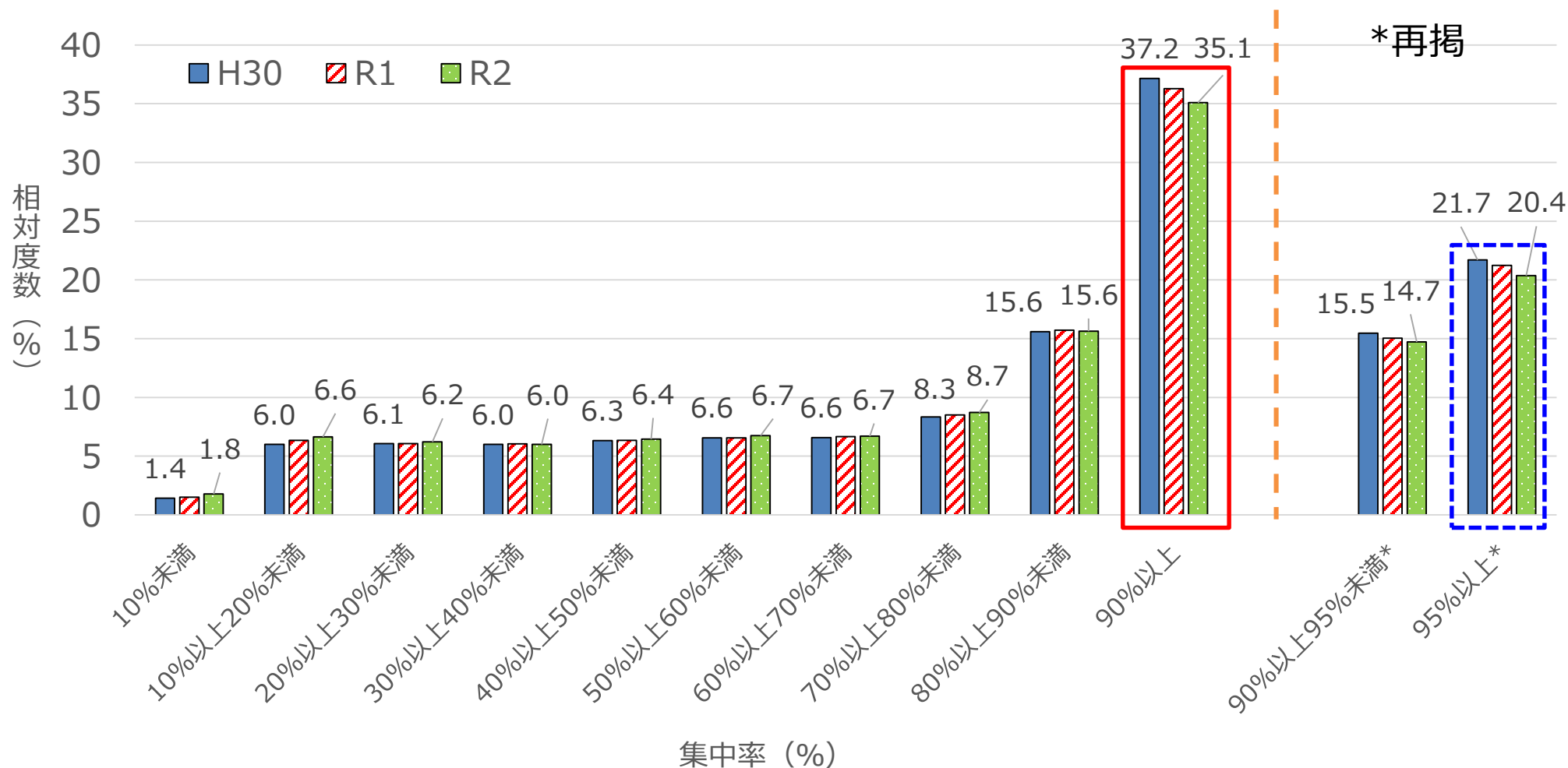
患者による薬局・薬剤師の選択状況

○ 薬剤師、薬局を決めている患者は7.6%であり、年齢別では、70歳以上で最も高く15.4%であった。



薬局の処方箋集中率の分布

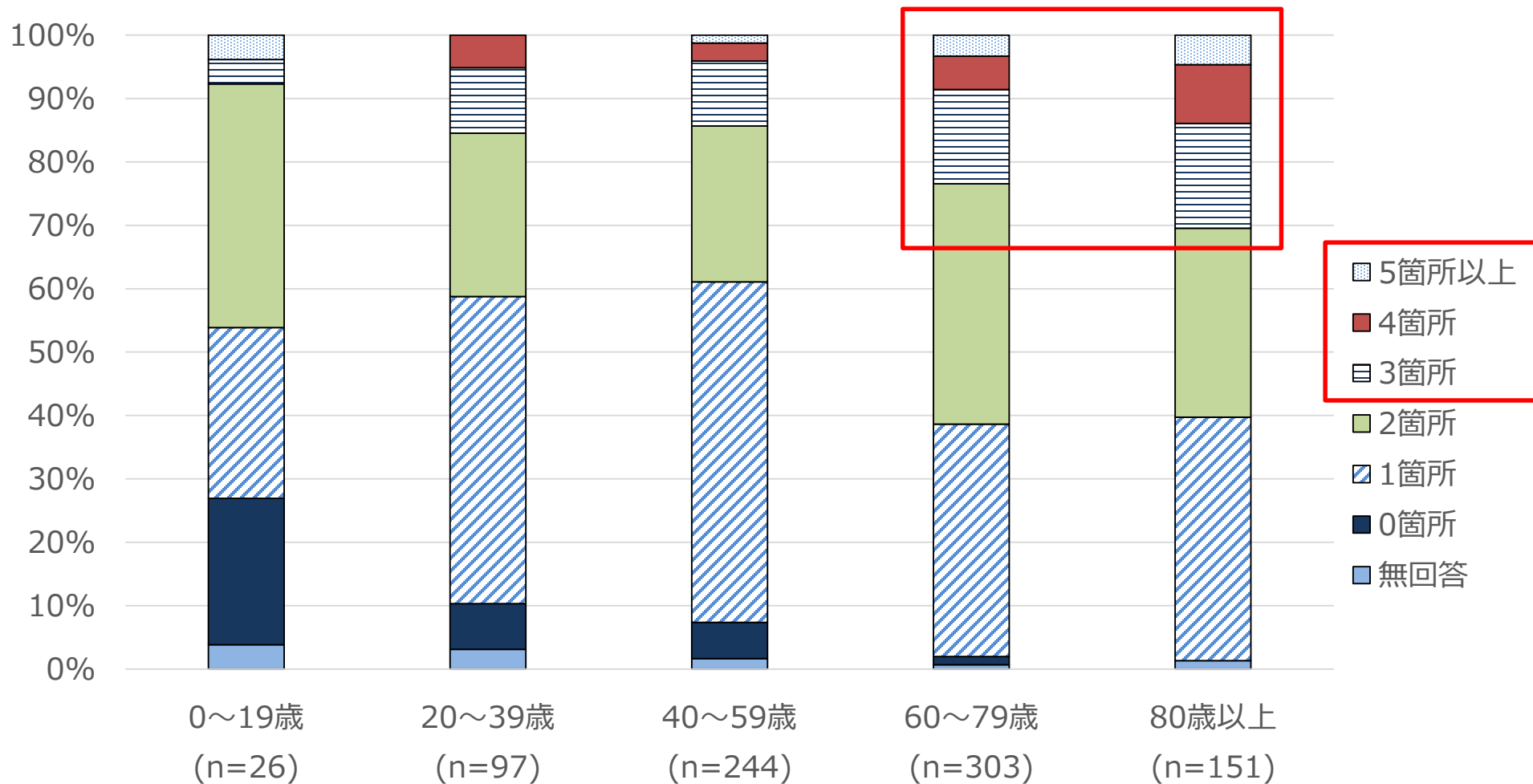
○ 処方箋集中率が90%を超えている薬局は約35%であった。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
（平成30年度：n=55,448、令和元年度：n=56,732、令和2年度：n=57,055）

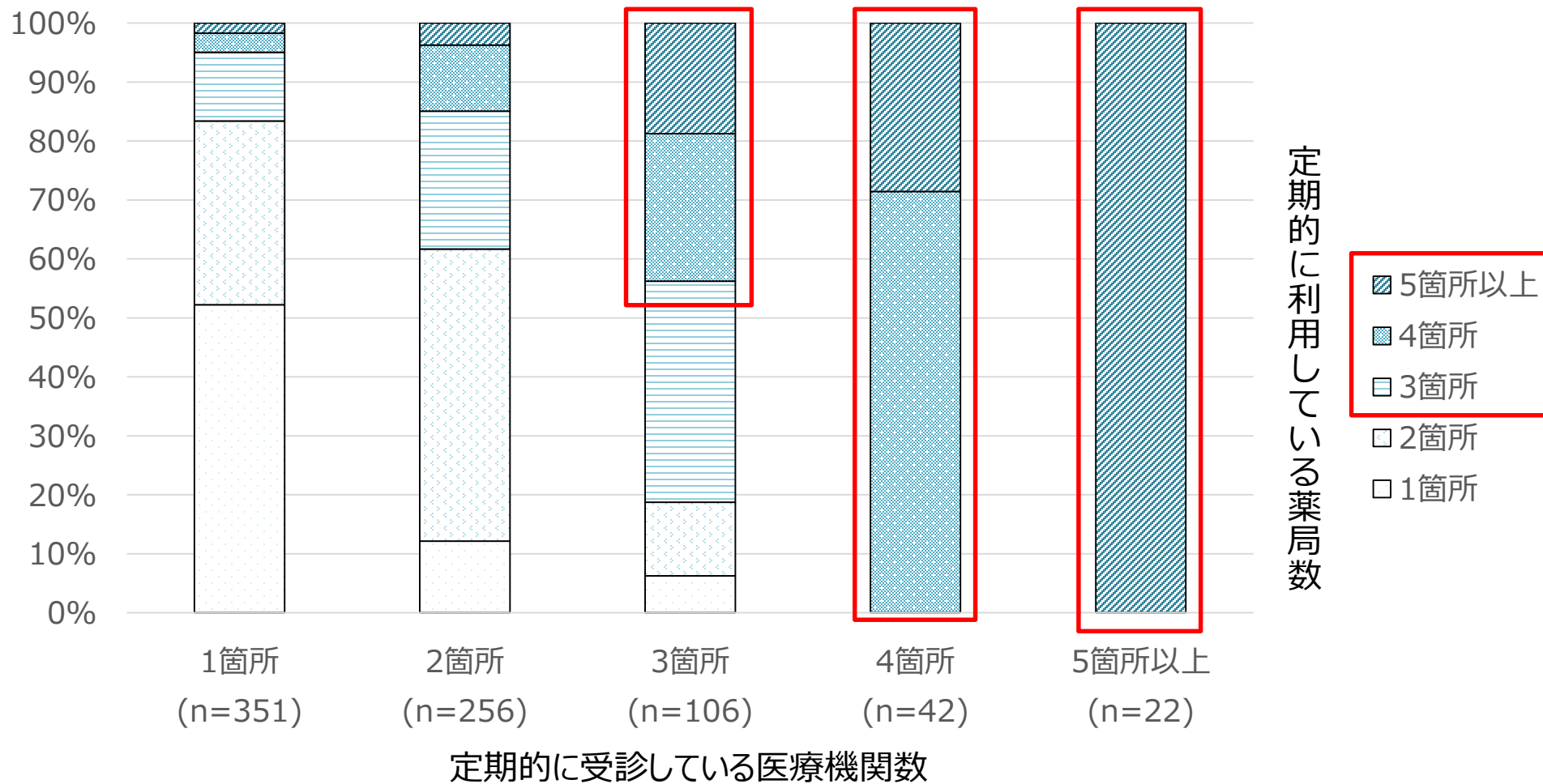
年齢別の医療機関受診数

○ 高齢者では、複数の医療機関を受診する割合が多い。



受診医療機関数別の来局薬局数

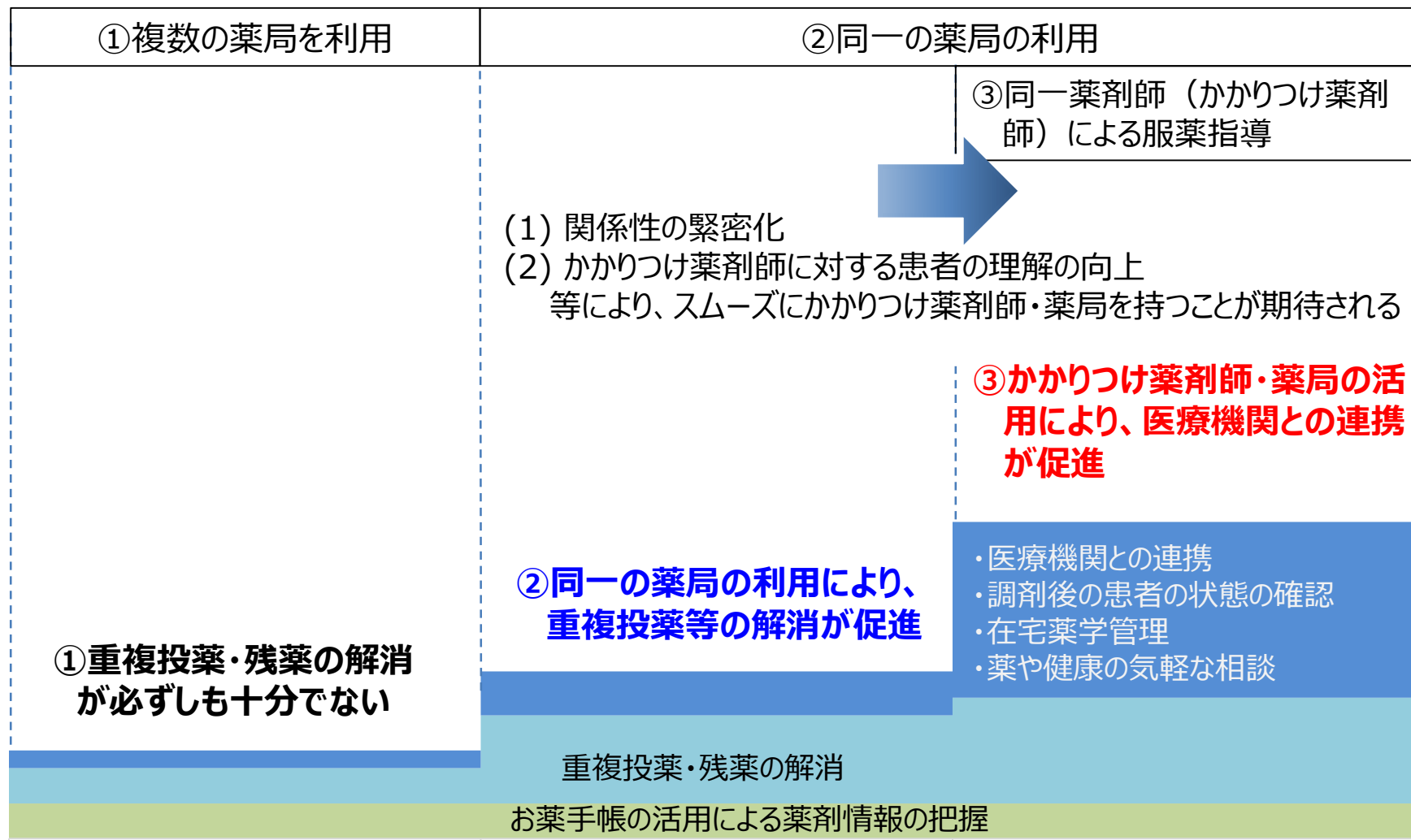
- 受診する医療機関が増えるほど、来局する薬局数も増える傾向にある。
- 3箇所以上の薬局に来局する患者が一定数いる。



同一の薬局の利用による重複投薬等の解消、かかりつけ薬剤師・薬局の推進

- 同一の薬局の利用による薬剤の一元的な把握等により、重複投薬や残薬の解消が期待できる。
- さらに、同一の薬局を繰り返し利用することは、(1)患者と薬剤師との関係性の緊密化、(2)かかりつけ薬剤師に対する患者の理解の向上等につながり、将来的に患者がかかりつけ薬剤師・薬局を持つことが期待される。

同一の薬局の利用による効果のイメージ



同一薬局の利用推進（令和2年度改定）

- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大。
- 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
- 医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。

薬剤服用歴管理指導料

1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合※	43点（1回につき）
2 1の患者以外の患者に対して行った場合	57点（1回につき）
3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	43点（1回につき）
4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	43点（月1回まで）

※ 3月以内に再度処方箋を持参した場合でも、手帳を持参していない患者は、薬剤服用歴管理指導料2（57点）を算定する。

<主な業務>

薬剤の基本的な説明、患者への必要な指導、薬剤服用歴（薬歴）への記録など

項目		点数	算定回数（R2）	算定割合*（%）
薬剤服用歴管理指導料	①3ヶ月以内にお薬手帳を持参して再来局した患者	43点	31,103,321	62.17
	②①以外の患者	57点	18,299,870	36.57
	③特別養護老人ホーム入所者	43点	627,939	1.25
	④オンライン服薬指導	43点	140	0.00028

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)

- 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称、用法、用量その他必要に応じて服薬に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載する。
- 患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努める(令和2年度改定)。
- 手帳の欄については、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。
- 保険医療機関等から保険薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する保険薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加した(令和2年度改定)。

お薬手帳における薬局名等の記載

- 令和2年度改定において、薬剤服用歴管理指導料について、医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促すことを求める規定を要件に追加した。
- また、医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加した。
- なお、かかりつけ薬剤師指導料の算定要件では、かかりつけ薬剤師の氏名等を記載することとしている。

薬剤服用歴管理指導料の算定要件（お薬手帳の主な記載関連部分のみ抜粋）

- (3) (略)
- ウ 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載すること。
- エ (略) **患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。** (略)
- (5) (略)
- ウ 手帳
- (イ) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次の①から④までに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。
- ① 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
 - ② 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
 - ③ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録
 - ④ **患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等**
- ①から③までの手帳の欄については、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。④については、**当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。**なお、④の患者が日常的に利用する保険薬局の名称等については、令和3年3月31日までの間は適用しない。
- (ロ) 手帳については、患者に対して、手帳を活用することの意義、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こととし、患者の意向等を確認した上で手帳を用いないこととした場合にあっては、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。
- (略)
- (二) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、同一の手帳で管理できると判断した場合は1冊にまとめる。なお、1冊にまとめなかった場合については、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。

○ お薬手帳の記載項目（イメージ）

氏名： _____ 男・女 生年月日： 年 月 日 歳 住所： _____ 電話番号： _____ 血液型（A・B・AB・O型）RH（+・-） _____	主な既往歴 ☐ アレルギー性疾患（ _____ ） ☐ 肝疾患（ _____ ） ☐ 心疾患（ _____ ） ☐ 腎疾患（ _____ ） ☐ 消化器疾患（ _____ ） ☐ その他（ _____ ） _____ _____ _____ _____
アレルギー歴（有・無） _____ （食べ物） _____ _____ _____ _____ （医薬品） _____ _____ _____ _____ 副作用歴（有・無） _____ 医薬品名： _____ _____ _____ _____	かかりつけ薬剤師連絡先 かかりつけ薬剤師名： _____ 薬局名： _____ 電話番号： _____

かかりつけ薬剤師指導料の算定要件

（お薬手帳の主な記載関連部分のみ抜粋）

- (1)～(3) (略)
- (4) 他の保険薬局及び保険医療機関においても、かかりつけ薬剤師の情報を確認できるよう、**患者が保有する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)～(11) (略)

患者が複数枚の処方箋を薬局に提出した場合の取扱い

- 患者が同一日に複数枚の処方箋を薬局に提出した場合、①同一医療機関の同一医師の処方の場合や②一連の診療行為に基づいて交付された場合は、調剤基本料の算定の根拠となる受付回数は1回とされる。
- 一方で、2つ以上の異なる医療機関からの処方箋である場合、別々の受付とされる。

調剤基本料の算定要件（受付回数関連部分のみ抜粋）

(1) (略)

(2) 同一患者から同一日に複数の処方箋を受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方箋又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方箋については一括して受付1回と数える。

ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方箋については歯科以外の処方箋と歯科の処方箋を別受付として算定できる。

(3) 2以上の異なる保険医療機関が交付した処方箋を同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。

(4)～(17) (略)

処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合の算定割合

	調剤基本料 1	調剤基本料 2	調剤基本料 3 イ	調剤基本料 3 ロ	特別調剤基本料
80/100算定回数 (回)	316714	18553	11544	15205	831
算定回数合計 (回)	41167280	4084019	3311883	4202864	365558
80/100算定割合 (%)	0.8%	0.5%	0.3%	0.4%	0.2%

同一薬局の利用推進について

<同一薬局の利用推進について>

- 薬剤師、薬局を決めている患者は7.6%であり、年齢別では、70歳以上で最も高く15.4%であった。
- 高齢者では、複数の医療機関を受診する割合が多い。
- 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。また、3箇所以上の薬局に来局する患者が一定数いる。



【論点】

- 同一の薬局の利用による薬剤の一元的な把握等を推進するための方策について、どのように考えるか。

3. その他（個別事項）

- ① 同一薬局の利用促進
- ② 在宅患者訪問薬剤管理指導

I. (2) ③ 地域における医薬品供給体制を確保するための薬局の体制整備

在宅医療への移行に伴い薬局が果たす役割

○ 在宅医療へ移行する際の薬局の関わり方は、入院時の薬物療法をもとに、在宅で可能な薬剤や投薬に必要な医療材料等を提供するとともに、訪問の際に得られた情報は、家族の看護や多職種の訪問状況等を踏まえ、患者情報を多職種と共有し、患者の生活をサポートすることが重要。

1. 訪問の依頼

医療機関からの退院時カンファレンスへの参加依頼や病院内地域連携室、地域の他職種からの連絡等による訪問依頼

2. 処方提案

在宅医療において入院時と同様の治療を継続するため、院内における薬物療法の現状や、退院後の生活の情報等を把握した上で、

- 輸液セット（輸液ポンプ、チューブ、針など）等の医療材料
- （無菌調剤を行う場合には）配合変化の有無
- 薬局で調剤可能な医薬品であるかどうか

等を確認し、治療に必要な処方内容を整理し、医師等にあらかじめ提案

例）高カロリー輸液投与患者

院内：
エルネオパNF 2号 1000ml 1キット
ガスター 20mg/2ml 2管
プリンペラン 10mg/2ml 1管
1日分
フェントステープ 4mg 1枚
アブストラル舌下錠 100μg



院外処方：

- 1) エルネオパNF 2号 1000ml 1キット
ガスター 20mg/2ml 2管
プリンペラン 10mg/2ml 1管
中心静脈注射 7日分
- 2) フェントステープ 4mg 7枚
1日1枚15時に貼り替え
- 3) アブストラル舌下錠 100μg 1錠
疼痛時（1日4回まで） 20回分
- 4) テルフュージョン（カフティポンプ用）チューブセット 2本
- 5) コアレシニードルセット 22G 2本
- 6) ヘパフラッシュ 100単位/mlシリンジ10ml 2本

訪問看護
週2回

3. 無菌調剤の実施

4. 薬剤管理指導（訪問）

薬剤の使用方法等の説明、残薬の確認、体調の変化の確認等

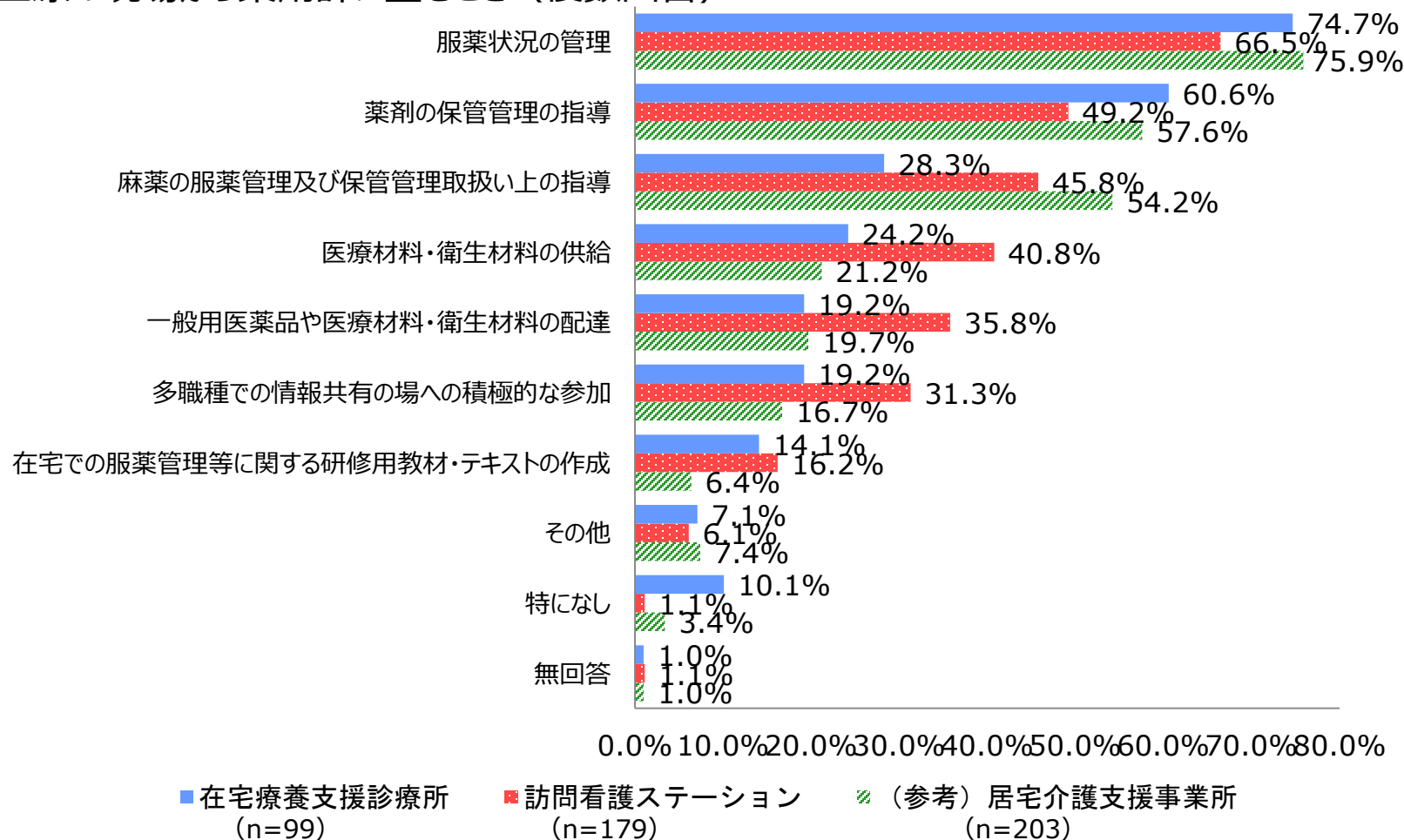
5. 多職種連携

訪問時の情報を精査した上で、必要な情報については医師、訪問看護、ケアマネ等の多職種と共有し、患者の生活をサポートできる方法を、検討・提案

在宅医療において他職種が薬剤師に望むこと

- 在宅医療において、薬剤師は、服薬状況の管理や薬剤保管管理の指導といった役割が他職種から求められている。

➤ 在宅医療の現場から薬剤師に望むこと（複数回答）



医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法を実施している患者への薬学的管理

- 医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法を実施している患者への薬学的管理としては、処方提案や特定保険医療材料、医療機器の使用説明に加えて、疼痛状況の確認、配合変化の確認、カテーテル感染症防止対策など、特別な在宅薬学管理が必要となる。

	医療用麻薬持続注射療法	在宅中心静脈栄養法
患者像	在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法を行っている入院中以外の末期の悪性腫瘍患者	在宅中心静脈栄養法を行っている患者
特定保険医療材料	・携帯型ディスポーザブル注入ポンプ ・ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器	・在宅中心静脈栄養用輸液セット（本体・付属品）
薬剤師の役割	・処方提案（薬液濃度、流速、容量、PCAポンプ、ルート等） ・PCAポンプ等の使用に関する指導（高度管理医療機器販売業許可あり） ・レスキューの使用回数の確認、評価スケールを活用した疼痛状況の確認 ・残液等の状況や副作用の状況について処方医へのフィードバック ・自宅環境に配慮した指導（例：携帯型ディスポーザブルポンプは気温によって流速が変化するなど） ・退院調整（退院時カンファレンス、病院薬剤部との事前調整） ・訪問看護との連携（訪問看護の訪問スケジュール、ルート交換タイミング確認など）	・処方提案（中心静脈栄養輸液セット、針、ポンプ等） ・輸液セットや機械式注入ポンプなどの使用に関する指導（高度管理医療機器販売業許可あり） ・輸液の保存性に配慮した分割調剤、頻回訪問、運搬の検討・実施 ・カテーテル感染症防止対策（輸液セット刺し口の消毒、手技実施時の手洗い方法等）、栄養状態等を踏まえた服薬指導 ・院外処方可能な処方提案（院外処方可能な注射薬が限られている） ・消毒液や医療衛生材料の供給

- 在宅医療における薬局薬剤師の主な役割としては、患家への医薬品・衛生材料の供給、患者の状態に応じた調剤（一包化、簡易懸濁法、無菌製剤等）、服薬状況と副作用等のモニタリング、ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有などがあげられる。
- 在宅医療において、薬剤師は、服薬状況の管理や薬剤保管管理の指導といった役割が他職種から求められている。
- 医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法を実施している患者への薬学的管理としては、処方提案や特定保険医療材料、医療機器の使用説明に加えて、疼痛状況の確認、配合変化の確認、カテーテル感染症防止対策など、特別な在宅薬学管理が必要となる。



【論点】

- 医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法を実施している患者への薬学的管理を含めた在宅患者訪問薬剤管理指導の評価について、どのように考えるか。

参考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

(働き方改革)

- 2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。
- 4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(DPC／PDPS)

- 5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

- 6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。
- 8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。
- 9 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について引き続き検討すること。
- 10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（医薬品の適正使用）

12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。

13 AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。

14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

（歯科診療報酬）

15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

（医療技術の評価）

19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

（その他）

20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

「経済財政運営と改革の基本方針2021」等について

かかりつけ薬剤師・薬局の普及、多剤・重複投薬、処方箋の反復利用

「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）抄

かかりつけ薬剤師・薬局の普及を進めるとともに、多剤・重複投薬への取組を強化する。症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携により、医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策を検討し、患者の通院負担を軽減する。

調剤業務の効率化

「規制改革実施計画2021」（令和3年6月18日閣議決定）抄

薬局における薬剤師の対人業務を充実させるため、調剤技術の進歩や医薬品の多様化等の変化を踏まえ、調剤に係る業務プロセスの在り方を含め、医療安全を確保しつつ調剤業務の効率化を進める方策を検討し、必要な見直しを行う。【令和3年度検討開始、早期に結論】

オンライン服薬指導、オンライン資格確認、電子処方箋等

「成長戦略フォローアップ2021」（令和3年6月18日閣議決定）（関係部分抜粋）

医療機関及び薬局が、患者の直近の資格情報等を直ちに確認できる「オンライン資格確認」の本格運用を2021年10月までに開始する。あわせて、医療機関及び薬局のシステム整備を着実に進め、2023年3月末までに概ね全ての医療機関及び薬局へのシステムの導入を目指す。

レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を全国の医療機関等が確認できる仕組みについては、特定健診情報は遅くとも2021年10月までに、また、薬剤情報についても同月から確認できるようにする。さらに、手術の情報など対象となる情報を拡大し、2022年夏を目途に確認できるようにする。

オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋の仕組みについて、実施時における検証も含め、安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行い、2022年度から運用開始する。

オンライン服薬指導については、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に際しての時限的措置の実績を踏まえ、2021年夏を目途に医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しの検討を行うとともに、オンライン服薬指導に係る診療報酬の評価の検証を行い、必要な見直しの検討を行う。

オンライン服薬指導等

「規制改革実施計画2021」（令和3年6月18日閣議決定）抄

- オンライン診療・服薬指導については、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、現在の時限的措置を着実に実施する。【新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、継続的に実施】
- オンライン服薬指導については、患者がオンライン診療又は訪問診療を受診した場合に限定しない。また、薬剤師の判断により初回からオンライン服薬指導することも可能とする。介護施設等に居住する患者への実施に係る制約は撤廃する。これらを踏まえ、オンライン服薬指導の診療報酬について検討する。【令和3年度から検討開始、令和4年度から順次実施】
- オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋システムの運用を開始するとともに、薬剤の配送における品質保持等に係る考え方を明らかにし、一気通貫のオンライン医療の実現に向けて取り組む。【令和3年度から検討開始、令和4年度から順次実施】