

# 質の高いリハビリテーションの評価等①

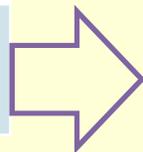
中医協 検-1参考  
29.6.28

## 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

- ▶ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

### 現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



### 改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定 (6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

## 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数)÷(疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運動項目20点以下)、高齢者(80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの(FIM認知項目24点以下)を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者(入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る)を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

## 質の高いリハビリテーションの評価等②

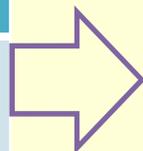
### 回復期リハビリテーション病棟体制強化加算の施設基準の見直し

- ▶ 地域包括ケアシステムの中でリハビリテーションを推進していく観点から、体制強化加算を届け出る保険医療機関において、入院と退院後の医療をつながりを保って提供できるよう、病棟での医療体制を損なわないための一定の条件の下、回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるよう施設基準を見直す。

#### 現行

常勤医師1名以上を専従配置  
1日につき200点

専従医師は、当該病棟外の業務は不可



#### 改定後

体制強化加算1（従前と同じ）

1日につき200点

**(新)体制強化加算2**

**1日あたり120点**

常勤医師2名以上を専従配置。うち2名は、特定の日、時間において、**病棟外の業務に従事可能。**

#### [体制強化加算2の施設基準]

- (1) 前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
- (2) 病棟外業務をする2名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- (3) 週のうち32時間以上において、当該2名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。
- (4) 当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事していること。

# 質の高いリハビリテーションの評価等③

## 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

▶ 早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算の評価を適正化する。

### 現行

初期加算、早期加算の対象  
(特に疾患名による区別なし)

初期加算、早期加算を算定できる期間  
心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、治療開始日

慢性疾患のリハビリテーションの標準的算定日数  
脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪から起算

[経過措置]

平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定しているものについては従来通り。

平成28年3月31日時点で脳血管疾患リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定しているものについては、当該時点における標準的算定日数を適用

### 改定後

初期加算、早期加算の対象  
慢性疾患については手術や急性増悪を伴う場合のみ

初期加算、早期加算を算定できる期間  
心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、発症等から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの

慢性疾患のリハビリテーション料の標準的算定日数  
脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪がある場合はその日から、それ以外は最初の診断日から起算

## ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

▶ ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、急性期からの早期からのリハビリテーションの実施を促すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。

### 現行

ADL維持向上等体制加算 25点

[要件]

常勤理学療法士等が専従1名以上 等

### 改定後

ADL維持向上等体制加算 80点(改)  
(あらかじめ登録した従事者が**病棟で6時間以上勤務した日に限り算定**)

[要件]

常勤理学療法士等が**専従2名以上又は専従1名+専任1名以上** 等

▶ アウトカム評価として、入退院時のADLを比較するにあたり、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとではなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。

## 質の高いリハビリテーションの評価等④

## 廃用症候群リハビリテーション料の新設

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

**(新) 廃用症候群リハビリテーション料**

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

## [算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

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

## [施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

# 質の高いリハビリテーションの評価等⑤

## 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

- ▶ 医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。
- ▶ 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設する。

### 現行

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料

本則の100分の90に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合

所定点数の100分の90に減算

### 改定後

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※)

本則の100分の60に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合(※)

所定点数の100分の80に減算

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

## (新) 目標設定等支援・管理料

1 初回の場合 **250点**

2 2回目以降の場合 **100点**

[算定要件等]

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。

標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

目標設定等支援・管理料を算定してから3ヶ月間は、1月に5日を超えない範囲で、医療保険と介護保険のリハビリテーションの併給が可能

## 質の高いリハビリテーションの評価等⑥

### 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直し

- 心大血管疾患リハビリテーションの普及を図るため、施設基準を緩和する。

#### 現行

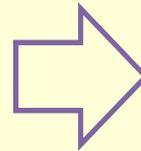
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)  
(1単位)105点

[算定対象]

急性心筋梗塞、狭心症、心大血管疾患、心不全等

[施設基準]

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



#### 改定後

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)  
(1単位)125点(改)

[算定対象]

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

[施設基準]

(削除)

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

## 質の高いリハビリテーションの評価等⑦

### 生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

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

#### [算定要件]

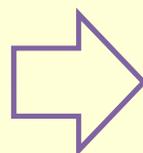
- (1) 当該保険医療機関に**入院中の患者**に対する訓練であること。
  - (2) **各疾患別リハビリテーションの(I)を算定するもの**であること。
  - (3) 以下の訓練のいずれかであること。
    - ① **移動の手段の獲得**を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車、乗用車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
    - ② 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への**復職の準備**が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内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

### 運動器リハビリテーション料の評価の充実

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

現行

運動器リハビリテーション料(I)  
(1単位)180点



改定後

運動器リハビリテーション料(I)  
(1単位)185点(改)

# 質の高いリハビリテーションの評価等⑧

## リンパ浮腫の複合的治療等

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

### (新) リンパ浮腫複合的治療料

1 重症の場合 (1日につき) 200点

2 1以外の場合 (1日につき) 100点

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

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

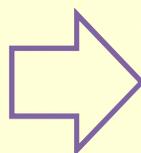
# 質の高いリハビリテーションの評価等⑨

## 摂食機能療法の対象の明確化等

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

### 現行

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



### 改定後

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

## 摂食機能療法

(新) 2 経口摂取回復促進加算2 20点

### [施設基準]

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

## リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

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

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

# 医薬品の適正使用の推進①

## 多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価【医科】

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

### (新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

[算定要件]

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

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

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

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。

- ② 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料(I)は算定できない。

## 医薬品の適正使用の推進②

### 薬局における取組の評価(処方内容の疑義照会の評価)

- 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算(薬剤服用歴管理指導料等への加算)については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。

#### 現行

##### 【重複投薬・相互作用防止加算】

薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

- イ 処方に変更が行われた場合 20点
- ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

#### 改定後

##### 【重複投薬・相互作用等防止加算】

薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は30点を所定点数に加算する。



### 《算定対象》

#### 現行

- 併用薬との重複投薬及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するための疑義照会
- 残薬の確認の結果、処方の変更が行われた場合  
(※薬剤の追加、投与期間の延長の場合は算定対象にならない。)

#### 改定後

- 以下の疑義照会を行い処方内容に変更があった場合
- 併用薬との重複投薬 (薬理作用が類似する場合を含む。)
  - 併用薬、飲食物等との相互作用
  - 残薬
  - その他薬学的観点から必要と認められる事項



- 在宅患者についても同様の評価を新設する。(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料)

## 医薬品の適正使用の推進③

### 薬局における継続的な薬学的管理の評価(ブラウンバッグ運動の取組の評価)

- 患者が保険薬局に服用薬等を持参し、保険薬剤師が服薬管理等を行った場合でも外来服薬支援料を算定可能とする。(「注1」及び「注2」合わせて月1回に限り算定可能)

#### 現行

【外来服薬支援料】 185点

注1 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。

#### 改定後

【外来服薬支援料】 185点

注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。

注2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

服用薬等を持参  
(下記のような袋を活用)



服薬管理等を実施



自宅での服用薬等(残薬含む)



## 医薬品の適正使用の推進④

### 長期投薬の取扱いの明確化【医科】

- 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、**分割指示に係る処方せんを交付する。**

### 薬局における分割調剤

- 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、**医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。**2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

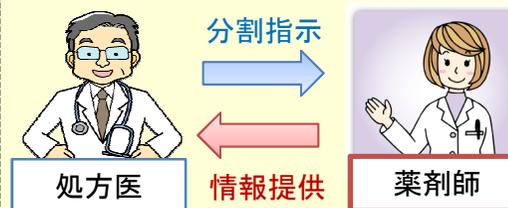
〈上記分割調剤の算定例〉 ※90日分の処方を30日ごとに3回分割調剤を指示

○ **調剤基本料、調剤料、薬学管理料\***

分割調剤しない場合(90日分調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとに**A/3点**

※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点

○ **薬剤料** ⇒ 分割調剤ごとに**30日分の薬剤料**



# 医薬品の適正使用の推進⑤

## 医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

➤ 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。

② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、

- a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
- b. 医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保 険 者 番 号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患 者	氏 名	保険医療機関の所在地及び名称	
	生年月日 <small>男・大 女・小</small>	年 月 日	男・女
	区 分	被保険者	被扶養者
		電話 番 号	
		保 険 医 氏 名	(印)
		都道府県番号	点数表番号
			医療機関コード
交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日
変更不可	<small>※に記載のある場合を除き、交付の日を始めて4日以内に保険薬局に提出すること。</small>		
処 方	<small>個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>		

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

保険医療機関へ疑義照会した上で調剤     
  保険医療機関へ情報提供

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号	

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和61年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

# 医薬品の適正使用の推進⑥

## 薬局における継続的な薬学的管理の評価(情報提供に対する評価)

- 服薬情報等提供料及び長期投薬情報提供料については、調剤後の薬学的管理として統合した点数とする。

現行	
長期投薬情報提供料 1	18点
長期投薬情報提供料 2	28点
服薬情報等提供料	15点



改定後	
(削除)	
(削除)	
【服薬情報等提供料】	<b>20点</b>
<p>患者若しくはその家族等、若しくは保険医療機関の求めに応じ、又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等、又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴の記録に記載すること。</p>	

### 調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

#### 医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報



#### 患者等への情報提供や必要な指導

- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

※かかりつけ薬剤師としては、上記に係る業務を行うことが前提となっていることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定要件に当該業務の実施を規定し、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

# 医薬品の適正給付

## 湿布薬の適正給付

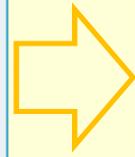
- 一度に多量の湿布薬が処方される例が一定程度あり、地域によっても状況が様々であることから、医薬品の適正給付の観点から、湿布薬の取扱いを見直す。

**現行**

【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】  
(新設)

【投薬 薬剤料】  
(新設)



**改定後**

【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】  
入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合には算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

【投薬 薬剤料】  
入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

※対象となる「湿布薬」は、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤をいう。(ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)

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

＜処方せん等への記載例＞以下のいずれでもよい。

- 例1     Mパップ    28枚 (1日2枚×14日)
- 例2     Mパップ    28枚 (14日分)
- 例3     Mパップ    28枚 (1日2枚)

# かかりつけ薬剤師の評価①

## かかりつけ薬剤師の評価(出来高)

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

### (新) かかりつけ薬剤師指導料 70点(1回につき)

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

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
  - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
  - イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。
  - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。
- (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。(当該規定は、平成29年4月1日から施行)
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

## かかりつけ薬剤師の評価②

### かかりつけ薬剤師の評価(包括点数)

- 地域包括診療料、地域包括診療加算等が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。

### (新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点(1回につき)

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

#### [包括範囲]

下記以外は包括とする。

- ・時間外等加算、夜間・休日等加算
- ・在宅患者調剤加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料
- ・退院時共同指導料
- ・薬剤料及び特定保険医療材料料

#### [算定要件]

- ① 対象患者は、地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者とする。
- ② かかりつけ薬剤師指導料の算定要件を満たしていること。
- ③ 調剤の都度患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。  
(情報提供の方法については、保険医と合意が得られている場合はそれによるものとする。)

#### [施設基準]

かかりつけ薬剤師指導料と同じ。

医療機関は当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料(加算)を算定している旨を、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行う。

# かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価

## 基準調剤加算の見直し

かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

現行	
基準調剤加算1	12点
基準調剤加算2	36点



改定後	
基準調剤加算	32点

※ 調剤基本料1(41点)を算定している保険薬局のみ加算できる。

### [施設基準]

- (1) 1200品目以上の医薬品の備蓄をしていること。
- (2) 一定時間以上の開局(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、週45時間以上)
- (3) 単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携により24時間調剤及び在宅業務の体制が整備されていること。
- (4) 麻薬小売業者の免許を取得していること。
- (5) 医療材料及び衛生材料供給体制の整備、在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制の整備、ケアマネージャーとの連携体制の整備
- (6) 過去1年間に在宅の業務実績があること。
- (7) 管理薬剤師の実務経験として、薬局勤務経験5年以上、当該保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍していること。
- (8) かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。
- (9) 患者のプライバシーへ配慮した構造(パーティションや会話が漏れ聞こえない構造・施設等)
- (10) 定期的な研修実施
- (11) インターネットを通じた情報収集と周知(医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)への登録を義務づけ)
- (12) 健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示
- (13) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上であること。 等

# 薬局における薬学的管理及び指導の充実①

## 薬剤服用歴管理指導料の評価の見直し

- 薬剤服用歴管理指導料について、初回来局時の点数より、2回目以降の来局時の点数を低くする。

### 現行

#### 【薬剤服用歴管理指導料】

(処方せんの受付1回につき)

41点

#### [算定要件]

注：患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

ただし、次に掲げるハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。

ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。



### 改定後

#### 【薬剤服用歴管理指導料】

- 1 原則過去6月内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 38点
- 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点

#### [算定要件]

注：患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

ただし、手帳を持参していない患者、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1(41点)若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4(31点)以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せんを持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。

- 薬剤服用歴の記録への記載について、指導後速やかに完了させるとともに、同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存・管理する。
- 薬剤情報提供文書について、処方内容が前回と同様の場合等においては、必ずしも指導の都度、交付する必要はない。(※交付しない場合は、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。)
- 手帳については、患者に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こととし、患者の意向を確認した上で手帳を用いないこととした場合及び複数の手帳を1冊にまとめなかっ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。
- 電子版の手帳について、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体と同様の取扱いとする。

# 薬局における薬学的管理及び指導の充実②

## 特別養護老人ホーム入所者への服薬管理支援の評価

- ▶ 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、当該施設を訪問し、入所者に対して薬学的管理を行った場合の評価を、薬剤服用歴管理指導料に新設。

### 改定後

#### 【薬剤服用歴管理指導料】

(新) 特別養護老人ホーム入所者に対して行う場合 **38点**

#### [主な算定要件]

保険薬剤師が特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力して、患者又は現に薬剤を管理する者に対して、指導を行った場合に算定できる。

訪問に際しての交通費は患家の負担とする。



訪問



## 薬局における対人業務の評価の充実

- ▶ 対人業務に関する業務の評価を充実するため、特定薬剤管理指導加算(ハイリスク薬)及び乳幼児指導管理加算(6歳未満の乳幼児)の評価を見直す。

### 現行

特定薬剤管理指導加算	4点
乳幼児服薬指導加算	5点



### 改定後

特定薬剤管理指導加算	<u>10点</u>
乳幼児服薬指導加算	<u>10点</u>

※特定薬剤管理指導加算の対象薬剤については厚生労働省のホームページに掲載する。

## 重症化予防の取組の推進②

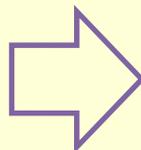
### ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

- 若年層のニコチン依存症患者にも治療を実施できるよう、ニコチン依存症管理料の対象患者の見直しを行う。

#### 現行(対象者)

以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。



#### 改定後(対象者)

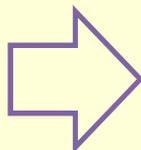
以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。

- ニコチン依存症管理を実施する医療機関における、治療の標準化を推進する観点から、施設基準の見直しを行う。

#### 現行(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。



#### 改定後(主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
  - ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
  - ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
  - ④ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること\*。
- ※なお、④を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

# 明細書無料発行の推進について

## 明細書無料発行の推進

- 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、対象外となっていることから、以下の対応を行う。

(※) 400床未満の病院・診療所は経過措置あり(400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化)

- ① 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。

※ 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正

- ② ただし、自己負担がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、2年間(診療所については、当面の間)の猶予措置を設ける。

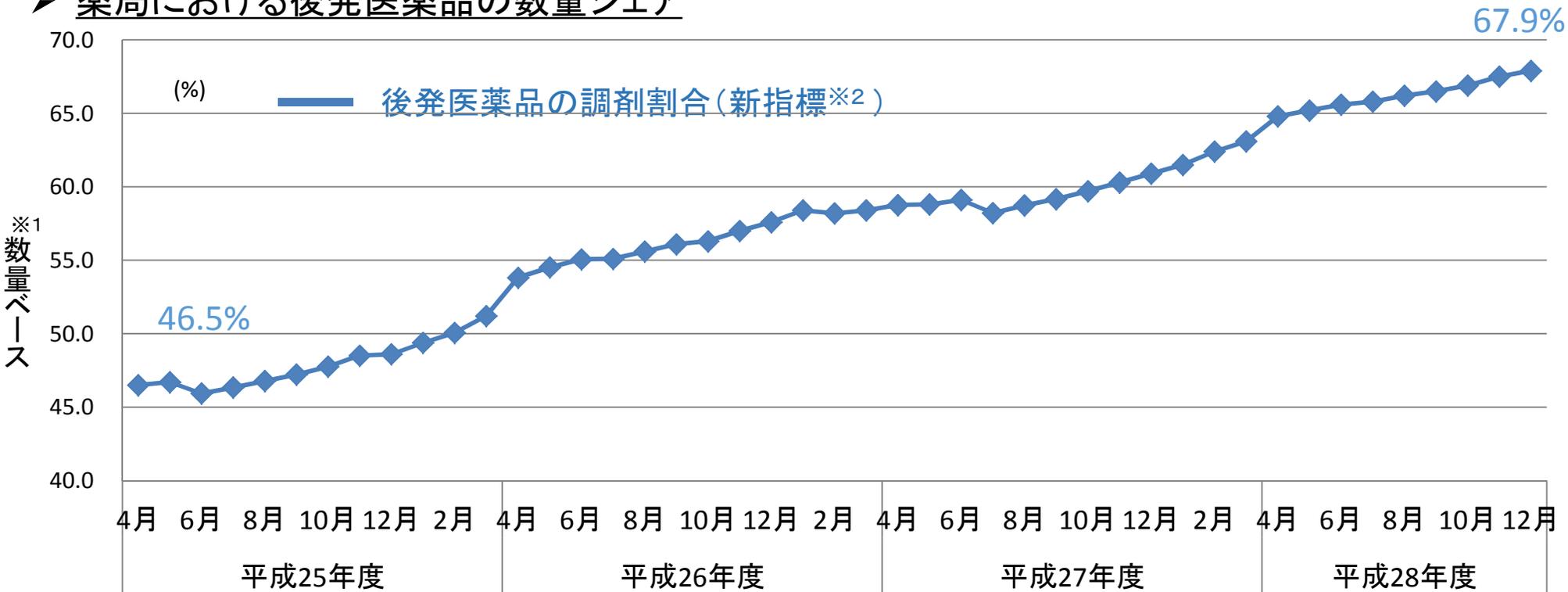
# 後発医薬品の使用促進等について①

## 薬局における取組の評価

- 後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の調剤割合が65%以上及び75%以上の2段階の評価に改めることとする。

現行	改定後
後発医薬品調剤体制加算1(調剤数量割合55%以上) 18点	後発医薬品調剤体制加算1(調剤数量割合 <b>65%</b> 以上) 18点
後発医薬品調剤体制加算2(調剤数量割合65%以上) 22点	後発医薬品調剤体制加算2(調剤数量割合 <b>75%</b> 以上) 22点

## ➤ 薬局における後発医薬品の数量シェア



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

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

[出典]「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」

## 後発医薬品の使用促進等について②

### 後発医薬品使用体制加算の指標の見直し【医科】

- 後発医薬品使用体制加算（入院初日に加算）における後発医薬品の割合に、「後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う。

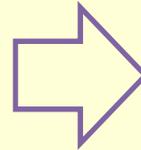
#### 現行

後発医薬品使用体制加算1（旧指標で30%以上）	35点
後発医薬品使用体制加算2（旧指標で20%以上）	28点

#### 旧指標

後発医薬品の採用品目数

全医薬品の採用品目数



#### 改定後

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

#### 新指標

後発医薬品の数量

後発医薬品あり先発医薬品 + 後発医薬品の数量

### 診療所における後発医薬品使用体制の評価【医科】

- 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

#### 処方料

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

#### 【施設基準】

- ① 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所であること。
- ② 当該医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

## 後発医薬品の使用促進等について③

### 一般名処方加算の見直し【医科】

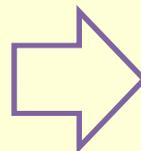
- 後発医薬品の更なる使用促進を図るため、後発医薬品が存在する全ての医薬品を一般名で処方している場合の評価を新設する。

#### 現行

一般名処方加算 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合に算定する。



#### 改定後

一般名処方加算1 3点

一般名処方加算2 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合には加算2を、**後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には加算1を算定する。**

### 後発医薬品の銘柄を指定して処方する際の取扱い【医科】

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

## 後発医薬品の使用促進等について④

### DPC対象病院（機能評価係数Ⅱの各項目の見直し）

➤ 保険診療指数、カバー率指数、地域医療指数、**後発医薬品指数について必要な見直しを行う。**

①保険診療指数（全医療機関に1点が与えられた上で、各評価項目に応じて加点・減点を行う。）

0.05点加点	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（Ⅰ群のみ）</li> <li><u>病院情報の公表（平成29年度より）</u></li> </ul>
0.05点減点	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価）</li> <li>適切な傷病名コードによるレセプトの請求</li> <li><u>本院よりも機能が高い（※）分院（DPC対象病院）を持つ大学病院本院（Ⅰ群のみ）</u>            ※ Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合</li> <li><u>Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院（Ⅰ群のみ）</u></li> <li><u>精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院（Ⅰ群・Ⅱ群）</u></li> </ul>

④カバー率指数

- Ⅲ群においては、最低値・最小値を30%tile値とする。  
 ✓ 専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように評価方法を変更する。

⑥地域医療指数

- 地域がん登録に関する評価を廃止（平成29年度より）
- 高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加（平成29年度より）

⑦後発医薬品指数

- 評価上限を70%とする。  
 ✓ 政府目標である70%へ評価上限を引き上げ。