

平成27年度日本病院薬剤師会 医療政策部セミナー

(講演要旨集)

日 時：平成28年3月21日（月・祝）10:20～16:30

会 場：日本薬学会長井記念館 長井記念ホール

主 催：一般社団法人 日本病院薬剤師会

平成 27 年度日本病院薬剤師会医療政策部セミナー

〔日 時〕 平成 28 年 3 月 21 日（月・祝） 10:20 ～ 16:30

〔場 所〕 日本薬学会長井記念館 長井記念ホール
（東京都渋谷区渋谷 2-12-15 日本薬学会長井記念館地下 2 階）

（敬称略）

（司会）日本病院薬剤師会医療政策部 清水 孝子・竹上 学

開会挨拶（10:20～10:30） 日本病院薬剤師会会長 北田 光一

【座長 日本病院薬剤師会医療政策部 増田 智先】

（1）医療政策と病院・診療所薬剤師の将来展望（10:30～11:00）

日本病院薬剤師会副会長 松原 和夫

（2）医療安全をめぐる最近の話題（11:00～11:30）

日本病院薬剤師会副会長 土屋 文人

昼休憩（11:30～12:30）

【座長 日本病院薬剤師会医療政策部 外山 聡】

ランチオンセミナー 病院薬剤師の未来のために（11:45～12:15）

薬事新報社社長（日本病院薬剤師会医療政策部特別部員） 上山 誉晃

【座長 日本病院薬剤師会常務理事・医療政策副部長 佐々木 均】

（3）医薬品安全管理に関する最近の医政行政について（12:30～13:00）

厚生労働省医政局総務課 医療施設機能調整専門官 勝山 佳菜子

（4）DPC 制度等の変更点について（13:00～13:30）

日本病院薬剤師会常務理事・医療政策部長 川上 純一

休憩（13:30～13:40）

【座長 日本病院薬剤師会常務理事・医療政策部長 川上 純一】

（5）平成 28 年度診療報酬改定のポイント（13:40～14:10）

厚生労働省保険局医療課 薬剤管理官 中井 清人

（6）平成 28 年度診療報酬点数表（薬剤師関連）の改定点について（14:10～14:50）

厚生労働省保険局医療課 高崎 紘臣

（7）平成 28 年度診療報酬改定について（14:50～15:10）

中央社会保険医療協議会委員（日本病院薬剤師会医療政策部特別部員） 安部 好弘

休憩（15:10～15:25）

【座長 日本病院薬剤師会医療政策部 近藤 元三・近藤 直樹】

（8）質疑応答（診療報酬改定関連）（15:25～16:25）

閉会挨拶（16:25～16:30）

日本病院薬剤師会副会長 松原 和夫

目 次

(敬称略)

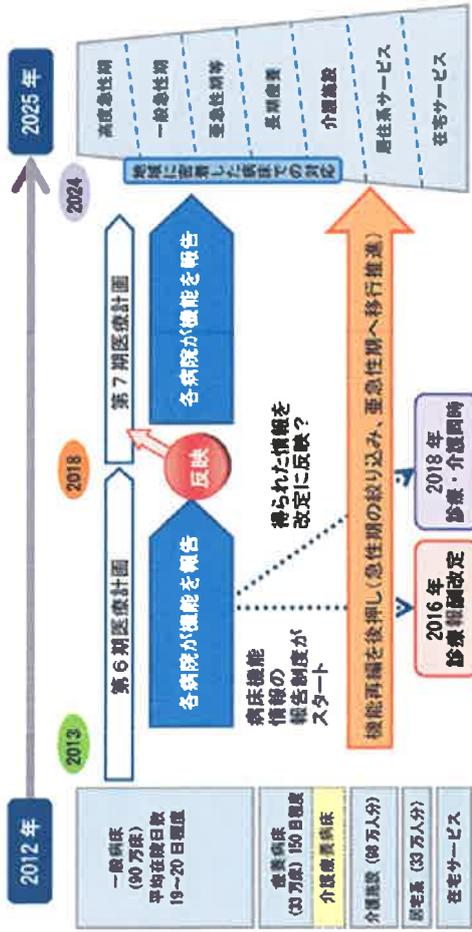
1. 医療政策と病院・診療所薬剤師の将来展望・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
(日本病院薬剤師会副会長 松原 和夫)
2. 医療安全をめぐる最近の話題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
(日本病院薬剤師会副会長 土屋 文人)
- ランチョンセミナー 病院薬剤師の未来のために・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
(薬事新報社社長 上山 誉晃)
3. 医薬品安全管理に関する最近の医政行政について・・・・・・・・・・・・ 31
(厚生労働省医政局総務課 医療施設機能調整専門官 勝山 佳菜子)
4. DPC 制度等の変更点について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
(日本病院薬剤師会常務理事・医療政策部長 川上 純一)
5. 平成 28 年度診療報酬改定のポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
(厚生労働省保険局医療課 薬剤管理官 中井 清人)
6. 平成 28 年度診療報酬点数表(薬剤師関連)の改定点について・・・・・・・・ 73
(厚生労働省保険局医療課 高崎 紘臣)
7. 平成 28 年度診療報酬改定について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 89
(中央社会保険医療協議会委員 安部 好弘)

医療政策と病院・診療所薬剤師の将来展望



平成27年度日本病院薬剤師会医療政策部セミナー
(2016.3.21)
日本病院薬剤師会副会長 松原和夫

直す医療から支える医療～病院・診療所・薬局の機能分化 基本業務に加えて専門的業務の細分化



(出典: April 2013 NIKKEI Healthcare)

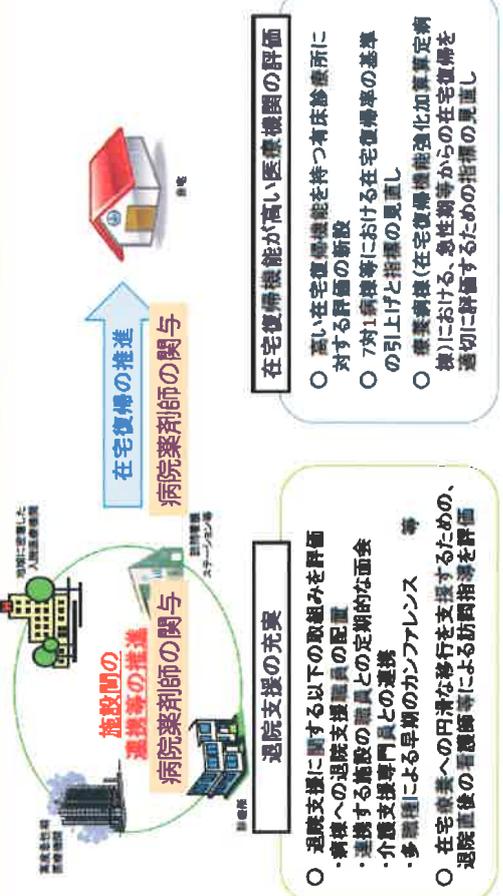
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを想いながら暮らすことができるよう、医療・介護・生活支援・住まいの連携による地域包括ケアシステムを構築する
- *** 直す医療から支える医療への転換**
- *** 多様化する薬剤師業務**
- 人口が → 日病薬の将来計画に早急に取り込む必要
- 町村部等
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特長に応じて作り上げていくことが必要。



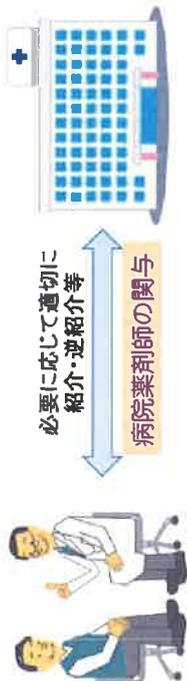
患者が安心・納得して退院するための退院支援等の充実

患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施。



外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオプナー」機能を確立。



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所
専門的な診療を提供する地域の拠点となるような病院

- ・認知症に対する主治医機能の評価
- ・小児に対するかかりつけ医の評価
- ・地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和
(※)緩和の要件は、患者に対する継続的で人的な医療を提供

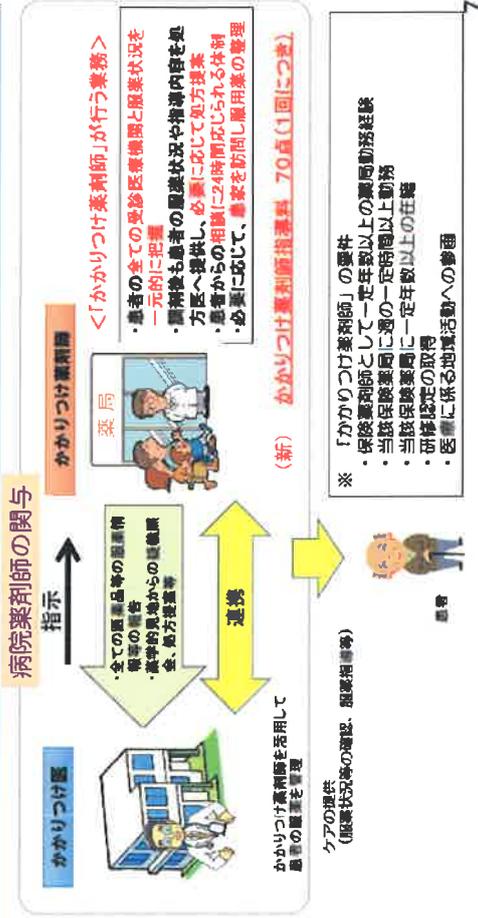
- ・紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

将来計画委員会からの提案（草案）

- 1) 優れたゼネラリストの養成
 - ・病院完結型の医療から、地域完結型の医療への転換が図られているなか、従来の病院完結型医療の象徴であるスペシャリスト（専門薬剤師等）の養成に加えて、これからの医療提供体制に対応できる総合臨床薬剤師（ホスピタリストの薬剤師）が必要である。
- 2) 日本病院薬剤師会学術大会の創設
 - ・各地区開催ブロック学術大会等の全国版の位置付けである。
 - ・日病薬役員および委員等が一堂に会し、各委員会を開催する場とするとともに、委員会が中心となってシンポジウムを企画開催し、日病薬病院薬局協議会/学術フォーラムを同時開催する。また、診療報酬改定等の説明会や日病薬主催の研修会等の同時開催、会員による学術研究報告等の発表の場を提供する。
- 3) 日本病院薬剤師会の英語名称（Japanese Society of Hospital Pharmacists）の検討
 - ・高度急性期から在宅までのシームレスな医療提供体制の構築に向けて病床機能の分化、強化と連携が進められるなかで、病院薬剤師に求められる機能も大きく拡大すると考えられる。ヘルスシステムのなかでの位置付けを視野に入れた団体として「Japanese Society of Health-System Pharmacists」への改称を検討してはどうか。
- 4) 地域完結型医療への対応を総合的に検討する特別委員会の設置
 - ・2025年、2035年に向けた医療提供体制（高度急性期、急性期、回復期、慢性期等）の改革に対応した本会の委員会の在り方を含め、病院薬剤師の機能を議論する場が必要である。

かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携

かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。



将来計画委員会からの提案について、都道府県病院薬剤師会を対象にアンケート調査を実施し、36都道府県から回答を得た

優れたゼネラリストの養成

賛同 (29)、要検討 (5)、特に意見なし (2)

日本病院薬剤師会学術大会の創設

賛同 (10)、基本的に賛同だが要検討 (19)、要検討 (5)、特に意見なし (2)

日本病院薬剤師会の英語名称 (Japanese Society of Hospital Pharmacists) の検討

賛同 (5)、要検討 (23)、反対 (3)、別提案 (2)、特に意見なし (3)

地域完結型医療への対応を総合的に検討する特別委員会の設置

賛同 (33)、特に意見なし (3)

医師と薬剤師が事前に協議したプロトコルの範囲 (私的解釈)

● 医師は、「指示」が出せる専門職

この「指示」の範囲を活用する・・・○予測指示 x 包括指示

診療の記録は診療行為の実施者が自ら行うこと

代行者による入力の場合、その日の内の実施責任者 (多くの場合、医師) の確認が原則

実施者を薬剤師に当てはめてみる

詳細な手順書 → 予測指示 → 医師による入力の確認必要性低い

例：術前外来における検査指示等



ノモグラム等の詳細な手順書 (薬剤師の判断が入らないこと)

開始用量アルゴリズム Day1~6に
に従い決定する (医師用に作られた虎ノ

PT-INR	Day1	Day2	Day3	Day4	Day5	Day6
<1.5	NRK1.5 1-2mg					
1.5~2.0	NRK1.5 1-2mg					
2.0~2.5	NRK1.5 1-2mg					
2.5~3.0	NRK1.5 1-2mg					
3.0~3.5	NRK1.5 1-2mg					
3.5~4.0	NRK1.5 1-2mg					
4.0~5.0	NRK1.5 1-2mg					
5.0<	NRK1.5 1-2mg					

PT-INRの測定に
低アルブミン血症、
肝機能障害、
食事摂取低下、
甲低アルブミン血症、
PT-INRの過長が予想される場合
等)との併用、PT-INRが5.0を超えた場合や、
出血等のイベントを
投与開始日前に納豆摂取がある場合には、
納豆菌が
投与量の調整は0.25mg単位で行う。

プロトコルに基づいた薬剤師によるワルファリン指示依頼書

「心臓血管外科におけるワルファリン投与に係るプロトコル」に基づいた、担当薬剤師によるワルファリンの指示を依頼します。

患者氏名 (ID) _____

年齢 _____ 性別 _____

日誌 PT-INR _____ (いずれかを選択)

ワルファリン内服理由 _____ (いずれかを選択)

COAVR (生体弁・機械弁) □ COAR (生体弁・機械弁) □ その他 _____

COABG □ AF □ AaFL □ その他 _____

プロトコル開始手続日 _____

担当薬剤師氏名 _____

片田 健希、田上 裕美

依頼医師氏名 _____

依頼医師氏名 _____ (医師以上に改める)

心臓血管外科におけるワルファリン指示に係るプロトコル

1. ワルファリン内服指示手順

- (1) 医師は、薬剤師にワルファリン内服指示を依頼する場合、別添の「薬剤師によるワルファリン指示依頼書」に必要事項を記入し、署名の上薬剤師に提出する。
- (2) 薬剤師は提出された依頼書を・・・ワルファリン内服指示業務が開始された旨をカルテに記載する。

手順を詳細に記載し、個々の薬剤師の判断基準によって結果が異ならないようにする

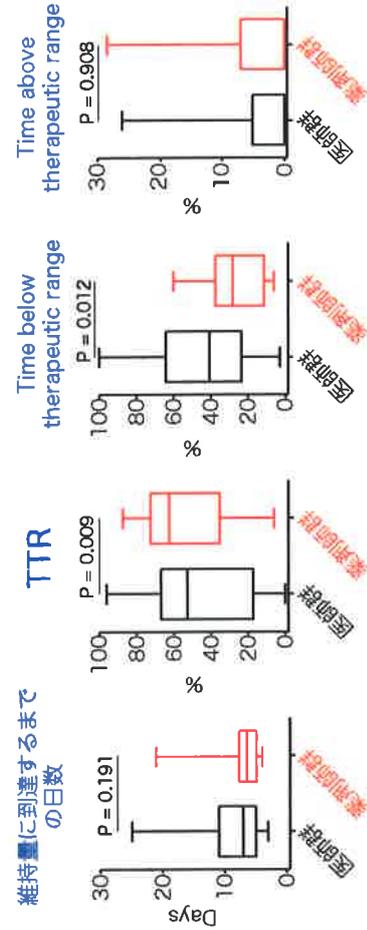
後セット等)を測定予定日前日の14時までに行う。

- (5) 薬剤師は必要なワルファリンをKING上で処方する。なお、当該処方コメント欄に「ワルファリン指示プロトコルによる薬剤師処方」と記載する。
 - (6) 看護師はケアフローに記載された指示を確認し、ワルファリンの配薬を行う。
- 注意事項

2. ワルファリン投与量について

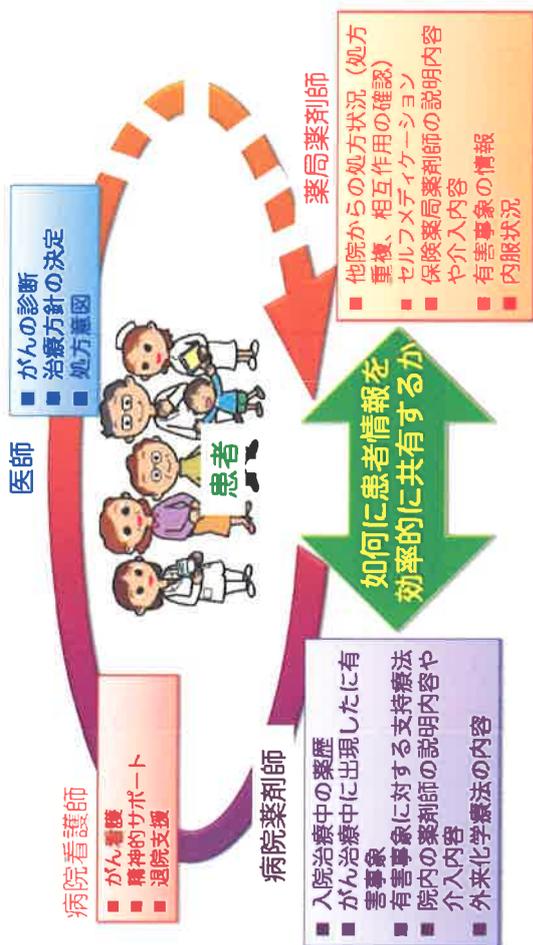
ワルファリンを新規に開始する際、day1-6は開始用量アルゴリズム (図1) に従い投与量を決定する。新規開始患者のday7以降もしくは継続使用中の患者の投与量については維持用量アルゴリズム (表1) に従い投与量を決定する。

薬剤師が積極的に加わるチーム医療のアウトカム評価を必ず行う プロトコルに基づくワルファリン治療の効果



プロトコル開始前と比較して、開始後では、PT-INR値を目標域に維持することができ、維持量に到達するまでの日数も減少傾向にあった。

外来がん化学療法・喘息治療・・・におけるチーム医療の構築



Drug Information ● 所収：処方医への処方せんとトレーシングレポートの活用案内

コメント・病名記載欄を追加した、新しい京大病院の院外処方せん様式について

2013年9月より院外処方せんに基本的な検査値を印刷しておりましたが、2015年4月より新しい院外処方せん様式に改定しました。

ポイント1 NEW

コメント・病名記載欄（手書き）を新設しました。保険薬剤師に伝えたいことを記載できます。また、複数の通称をもつ薬剤を処方した際など、保険薬局での説明が異なるような病名を記載することで適切な服薬指導につながります。

ポイント2 NEW

処方せんに期限がHappy Mondayにある場合、自動的に使用期間が1日延長されます。

ポイント3 NEW

自動薬運搬に利用がある医薬品が処方された場合、運搬に関する服薬指導を依頼

ポイント1 NEW

体質・体表面腫が印字されるようになった。最終投与・副作用が求められる場合（小児、OC、前がん期）の処方せん薬歴に反映されます。

ポイント2 NEW

「トレーシングレポートとは：緊急時はいちいちの、重篤な情報を医師へ届ける報告書。」

ポイント3 NEW

届いたトレーシングレポートは、電子カルテに届け

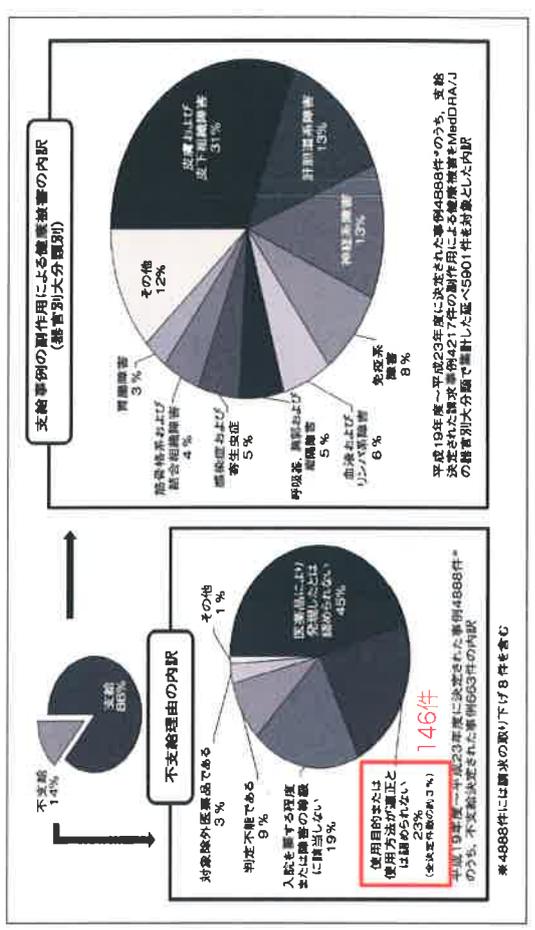
例：京大病院が情報連携に用いているツール

- ① お薬手帳
 - ② 検査値の表示
 - ③ トレーシングレポート
- これらを有効に運用する手段として、
④ 疑義照会の簡素化の合意書



医薬品・医療機器等安全性情報 No.296

図1 平成19年度～平成23年度の支給・不支給件数の割合と健康被害、不支給理由の内訳



ちゃんと吸入しているようだし、量を少し増やそう



安定しないな～

薬が効いていないのかな？
ちゃんと吸入できているのだからか？

・・・

薬剤師・看護師の役割

副作用の評価、副作用の予防と早期発見

- 薬剤師
 - 治療薬や支持療法薬についての説明
 - 投与量の設定
 - 副作用に対する処方提案
- 看護師
 - ケアの実施
 - セルフケア支援

患者や家族のがん化学療法におけるセルフケア支援

- 治療と副作用についての知識を持つ
- 副作用症状を最小限にするための予防行動がとれる
- 副作用症状出現時の対処方法がわかる
- 症状によって医療機関へ連絡・受診することができる
- 自分の症状を医療者へ伝えることができる



患者・家族

“がん服薬サポート外来(薬剤師外来)”フローチャート



保険薬局の薬剤師
をチームに加え、
情報を共有する



医師、看護師、薬剤師が共通して使用できる説明書の整備

シオトリフ錠について

がんセンター (N-MY) の、製薬会社 (GPR) の承認を得たシオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。

【効果】
シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。

【用法】
シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。

【副作用】
シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。

【禁忌】
シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。

【注意】
シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。

【お問い合わせ】
シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。シオトリフ錠は、がん治療に重要な役割を果たしています。

院内の薬剤師誰もが、統一した内容を順番だてて説明できる
 保険薬局にも初回服薬指導情報提供書とともにFaxで送信することで、
 院内での説明内容について情報共有できる体制を構築

医師、看護師、薬剤師が共通して使用できる説明書の整備

下剤対策

1	コロコロ便	緩くコロコロの便が硬い
2	硬い便	ソーベス状であるが硬い
3	やや硬い便	腸に力がかかっている
4	普通便	腸に力がかかっている
5	やや柔らかい便	腸に力がかかっている
6	軟便	腸に力がかかっている
7	下痢	腸に力がかかっている

副作用対策

ロベミカプセル 1回 1錠 1日3回 等量飲

ロベミカプセル 1回 1錠 1日3回 等量飲

ロベミカプセル 1回 1錠 1日3回 等量飲

服用

1日2回 1日1回

ロベミカプセル

ロベミカプセル

ロベミカプセル

”がん服薬サポート外来”における患者指導の実際

かかりつけ薬局について情報収集

保険薬局に電話連絡して在庫状況を確認する

処方に関連する内容について情報収集

- 説明書、自己管理ノート
- 緊急連絡先
- 保険薬局での対応
- 相互作用
- 日常生活での注意点

薬剤師外来において収集した情報、治療継続時の薬学的管理的ポイントについて記載

服薬指導内容情報提供書及び使用した説明書について保険薬局にFAXを送信する

トレーシングレポート（服薬情報提供書）による情報の双方向の共有化

病院からの情報

治療導入時に院内の薬剤師が服薬指導した内容、その際に聞き取った患者情報などを保険薬局に伝えるためのツール

病院薬剤部からへ保険薬局（かかりつけ薬局）へFAXで送信する

保険薬局からの情報

即時性は低いが薬物療法の有効性・安全性に必須な情報を医師に確実に伝えるためのツール

保険薬局からへ病院薬剤部へFAXで送信する

病院薬剤部で報告内容を確認し、電子カルテに添付するとともに処方医にメールで報告

保険薬局における服薬指導内容情報提供書の活用

初回服薬指導内容情報提供書【ステロイド剤】

かかりつけ薬局【ステロイド剤】

TEL: 075-751-3681 FAX: 075-751-3205

〒600-0009 京都市南区上田町八幡町

Fax送信した服薬指導内容情報提供書は、保険薬局の電子カルテ内に保存され、保険薬局での患者指導時にも活用されている

The 26th Annual Meeting of the Japanese Society of Pharmaceutical Health Care and Sciences

第26回 日本医療薬学会年会

明日を創るチーム医療

開催年

2016年
9月17日(土)～19日(月・祝)

会場

国立京都国際会館
www.kiic.jp
グランドプリンスホテル京都
www.sps.jp

実行委員会

松原 和夫
京都府立医科大学 薬学部 薬学部長

主催

一般社団法人 日本医療薬学会

協賛

日本医科大学 京都府立医科大学

協賛

日本医科大学 京都府立医科大学

051-713-0100 | 〒616-8501 京都府京都市伏見区中津
TEL 06-6346-1231 | Fax 06-6466-4195 | E-Mail japanes26@jpcsm.co.jp



医療安全をめぐる最近の話題

一般社団法人 日本病院薬剤師会副会長

土屋 文人



<本日の内容>

1. 医療事故調査制度について
2. 特定機能病院の集中検査結果への対応等
3. 電子処方せん、電子版お薬手帳について
4. おわりに

医療事故調査制度（概要図）

医療事故に係る調査の仕組み

○ 医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組み等を、医療法に位置づけ、医療の安全を確保する。

○ 対象となる医療事故は、医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかつたものとする。

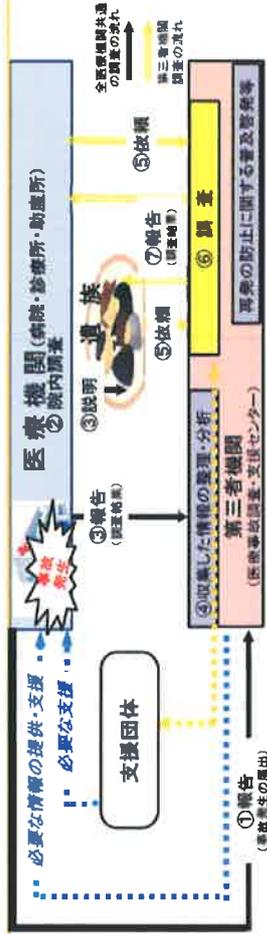
調査の流れ

■ 対象となる医療事故が発生した場合、医療機関は、第三者機関へ報告(①)、必要な調査の実施(②)、調査結果について遺族への説明及び第三者機関(※)への報告(③)を行う。

■ 第三者機関は、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析(④)を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。

■ 医療機関又は遺族からの調査の依頼(⑤)があったものについて、第三者機関が調査(⑥)を行い、その結果を医療機関及び遺族への報告(⑦)を行う。

※(1)医療機関への支援、(2)院内調査結果の整理・分析、(3)遺族又は医療機関からの求めに応じ行う調査の実施、(4)再発の防止に関する普及啓発、(5)医療事故に係る調査に携わる者への研修等を適切かつ広範囲に行う新たな民間組織を指定する。



(※) 第三者機関については、医療上厚生労働省に登録し、院内調査の支援を行うとともに、委託を受けて第三者機関の業務の一部を行う。
 (注2) 第三者機関への調査の依頼は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

「医療事故」の定義

○ 医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産

○ 当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたもの

管理者が予期しなかつたもの	医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が予期したもの		

*過誤の有無は問わない

医療法では

「医療事故」に該当するかどうかの判断と最初の報告は、医療機関の管理者が行うことと定められており、遺族が「医療事故」として医療事故調査・支援センターに報告する仕組みではない

「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方

通知

- 医療に起因し、又は起因すると疑われるもの
- ・「医療」に含まれるものは制度の対象であり、「医療」の範囲に含まれるものとして、手術、処置、投薬及びそれに準じる医療行為(検査、医療機器の使用、医療上の管理など)が考えられる。
 - ・施設管理等の「医療」に含まれない単なる管理は制度の対象とはならない。

死産について

- ・死産については「医療に起因し、又は起因すると疑われる、妊娠中または分娩中の手術、処置、投薬及びそれに準じる医療行為により発生した死産であって、当該管理者が当該死産を予期しなかったもの」を管理者が判断する。
- ・人口動態統計の分類における「人工死産」は対象としない。

「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方

通知

〇 診察

- 徴候、症状に関連するもの
- 〇 検査等(経過観察を含む)
 - 検体検査に関連するもの
 - 生体検査に関連するもの
 - 診断穿刺・検体採取に関連するもの
 - 画像検査に関連するもの
- 〇 治療(経過観察を含む)
 - 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの
 - リハビリテーションに関連するもの
 - 処置に関連するもの
 - 手術(分娩含む)に関連するもの
 - 麻酔に関連するもの
 - 放射線治療に関連するもの
 - 医療機器の使用に関連するもの
- 〇 その他

以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合

- 療養に関連するもの
- 転倒・転落に関連するもの
- 誤嚥に関連するもの
- 患者の隔離・身体的拘束/身体抑制に関連するもの

「医療」に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産は死産に含まれない死亡又は死産

左記以外のもの

- <具体例>
 - 〇 施設管理に関連するもの
 - 火災等に関連するもの
 - 地震や落雷等、天災によるもの
 - その他
 - 〇 併発症(提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患)
 - 〇 原病の進行
 - 〇 自殺(本人の意図によるもの)
 - 〇 その他
- 院内で発生した殺人・傷害致死、等

「当該死亡又は死産を予期しなかったもの」の考え方

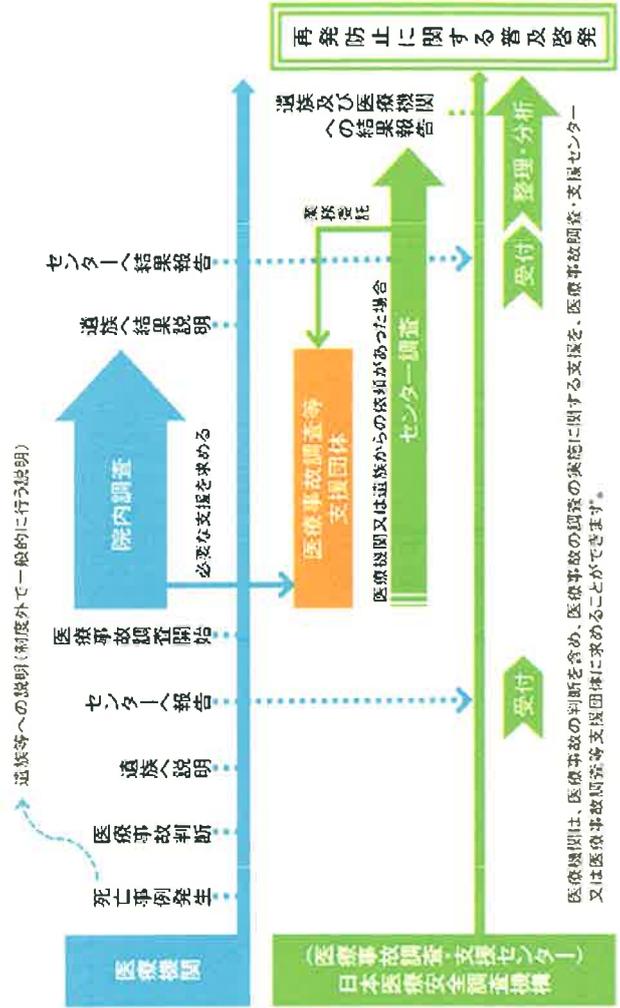
省令

- 〇 当該死亡又は死産が予想されなかったものとして、以下のいずれにも該当しないものと管理者が認めたもの
 - 一 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡又は死産が予期されることを説明していたと認められたもの
 - 二 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されることを診療録その他の文書等に記録していたと認められたもの
 - 三 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会(当該委員会を開催している場合)からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていると認められたもの

通知

- ・省令第一号及び第二号に該当するものは、一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こることについての説明及び記録であることを留意すること。
- ・患者等に対し当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、医療法第一号の四第二項の規定に基づき、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めること。

<医療事故調査制度(概要)>



医薬品関連事故は直接の原因は 明確な場合が多い



- 個人の責任追及になりやすい
- 再発防止のためには事故の背景要因を丁寧に調査することが必須である
- 事故調査時には、「業務に関する記録」が重要な資料となる。改正薬剤師法に関連して、自らの身を守るためには、「業務に関する記録」の有無とその記載内容がキーとなる（指導内容や疑義照会内容の詳細な記録等）

特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について

（医薬品安全管理について）①及び②を実施する

① 医薬品情報の整理、周知及び周知状況確認の徹底

医薬品安全管理責任者の指示の下、薬剤師等が院内の医薬品の使用状況を定期的に確認し、その結果を踏まえて、添付文書情報（禁忌、警告等）等、医薬品情報の整理を行い、院内に周知することを明確化する。
また、医薬品安全管理責任者は、新たに医薬品情報の周知状況の確認の方法を定めることとし、薬剤師等は当該手順に沿って定期的に確認を行う。

※全ての病院について、医薬品情報の収集・提供等が義務化されている。また、医薬品等安全性関連情報、添付文書情報（禁忌、警告等）等の医薬品情報の収集・提供、定期的な確認が望ましいことが厚生労働省から示されている。

<本日の内容>

1. 医療事故調査制度について
2. 特定機能病院の集中検査結果への対応等
3. 電子処方せん、電子版お薬手帳について
4. おわりに

特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について

② 適応外、禁忌等の処方に係る確認及び必要な指導

適応外、禁忌等に該当する使用方法について、**処方時等に薬剤師等が可能な範囲で把握**※1を行い、必要に応じて、処方した医師に対して、**処方の必要性やリスク検討の有無、処方の妥当性等を確認**※2し、指導を行う手順について、医薬品安全管理責任者は、新たに明確化する。薬剤師等は当該手順に沿った業務を実施する。

※1 オーダリングシステムによるものや薬剤師の知見に基づくもの等。

※2 全ての薬剤師に対して、処方に疑わしい内容がある場合は、処方医に確認することが義務化されている。

医薬品安全管理責任者は、新たに①及び②における手順に沿った薬剤師等の業務状況を定期的に確認する。また、②における薬剤師等による処方時等の把握状況について定期的に確認し、必要に応じて、把握方法の見直しを行う他、処方した医師への指導を行う。

持参薬について（持参薬はリスク要因であることを再認識する必要がある）

平成28年度改定に向けたDPC制度(DPC/PDPS)の対応について 検討結果(案)
平成27年12月9日 診療報酬調査専門組織 DPC評価分科会

○持参薬は平成26年度診療報酬改定において、特別な理由がない限り使用不可とされた。

入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは特別な理由がない限り認められない(やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること)



○平成28年度診療報酬改定に向けて、DPC対象病院における持参薬の取扱いに関する今後の方向性の検討を行うため、アンケート調査を実施することが平成27年7月22日中医協基本問題小委員会にて了承され、調査結果に基づき平成27年10月14日DPC評価分科会において議論を行った。

<本日の内容>

1. 医療事故調査制度について
2. 特定機能病院の集中検査結果への対応等
3. 電子処方せん、電子版お薬手帳について
4. おわりに

○次回改定以降の持参薬の取扱いとして、入院の契機となる傷病の治療に係る薬剤を持参させることは、引き続き原則禁止とする(特別な理由がある場合には別途記載を求める)。

○また、特別な理由として『臨時採用薬が使用可能となるまでの入院初期(2日程度)の持参薬使用』や『退院後不要となる薬剤の使用』等は了解可能であるが、『病院の方針』や『医師の方針』などの、本来望ましくない理由を特別な理由としての持参薬使用は認められないこととする。

○加えて、持参薬を使用した場合には使用量も含めたデータ入力を求めることとしてはどうか。また、次々回以降診療報酬改定においては当該データを入力に議論を行う。

対応方針(案)

○持参薬に係るルールは現行を継続するが、やむを得ない理由がある場合に限る事を明確化する。また、データを提出頂いて今後更に検討することとしてはどうか。

項目名	対象患者	内容	考え方
持参薬	E F ファイルを出力する患者	持参薬を使用した場合、持参薬の検討のため、E F ファイル出力は薬剤ごとに出力。	点数情報を含めて記載を求める。

病院情報システムにもよるが、持参薬を使用することのコストを再計算することが必要となる(入力に関するコストをどのように計算するか)

電子処方せんの運用ガイドライン(案)(ポイント)

① 処方せんは、患者自らが服薬の情報を知らることができる、患者にも身近な医療情報の一つ。処方せんの電子化は、患者自らが服薬等の医療情報の履歴を電子的に管理し、健康増進への活用(ポータルサービス)の第一歩になるなど多くのメリットがあるので、普及を促していく。

<処方せん電子化のメリット>

- ・医療品の相互作用や患者のアレルギー情報の管理など、医療機関と薬局の情報の共有が進み、医療安全の確保に資する。後発品への変更など、調剤の結果の共有も進む。
- ・電子お薬手帳との連携により、患者が自ら服薬している情報を電子的に管理できる。
- ・紙の処方せんの印刷や管理コストが削減される。紙の処方せんの偽造や再利用を防止できる。

② 患者自らが薬局を選択(フリーアクセス)するため、本格運用までの間は、電子処方せんに対応できない薬局でも患者が調剤を受けることができるよう、移行期の仕組みが必要。

地域医療連携ネットワークなど実施環境の整った地域に取り組み、参加する医療機関、薬局も増えしていくことで、その地域で電子処方せんが一般的になり、医療機関と薬局との情報連携が一層進んでいく。地域医療連携ネットワークの普及とともに、全国で電子処方せんが普及していく。

③ 電子版お薬手帳との連携も確保し、処方せんの電子化のメリットを患者も享受できるようにする。

④ 薬局は、後発品への変更などの調剤の結果を、サーバを経由し医療機関に情報提供する。医療機関は、次の回の処方に役立てることができ、医療安全の確保にもつながる。

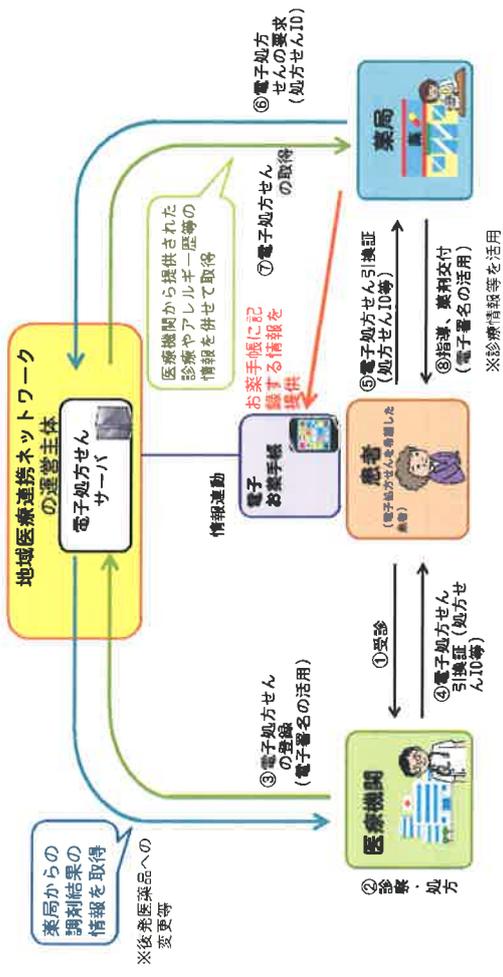
⑤ 移行期では、医療機関が「電子処方せん引換証」(処方内容、処方せんID等を記載)を発行し、患者が薬局で提出。薬局では、処方せんIDにより、運営主体のサーバにある「電子処方せん」を確認し、調剤。電子処方せんに対応できない薬局では、「電子処方せん引換証」を紙に転換することで、患者は調剤を受けることができる。

(※) 電子処方せんの運用ガイドラインの策定と併せて、e-文書法に基づき厚生労働省令改正(H28年4月施行予定)を行い、処方せんの電子的な作成・交付・保存が可能となるようにする。

e-文書法(民間事業者等が行うデータの保存等に関する法律)に基づき、各省の省令で、書面の作成・交付・保存に代えて電子的に作成できるものを定めている。

電子処方せんの運用と普及推進（地域医療連携ネットワークの活用）

- 1 処方せんの電子化を可能とする規制緩和（省令改正） 平成28年4月施行（予定）
- 2 地域医療連携ネットワークなど、実態環境の整った地域で実用していく（病床の機能分化・連携のための 地域医療連携推進基金の活用等）による地域医療連携ネットワークの構築・普及
- 3 電子版お薬手帳との連携、かかりつけ薬剤師・薬局の推進（電子処方せんの調剤結果をお薬手帳に取り込めるようになる。紙媒体の手帳と同等の機能を有する場合は、診療報酬上、同等に評価）

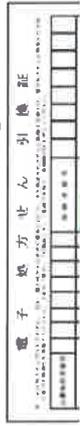


17

電子処方せん引換証について

医師法で処方せんの交付義務が定められているため、患者には何らかの紙を交付しなくてはならない

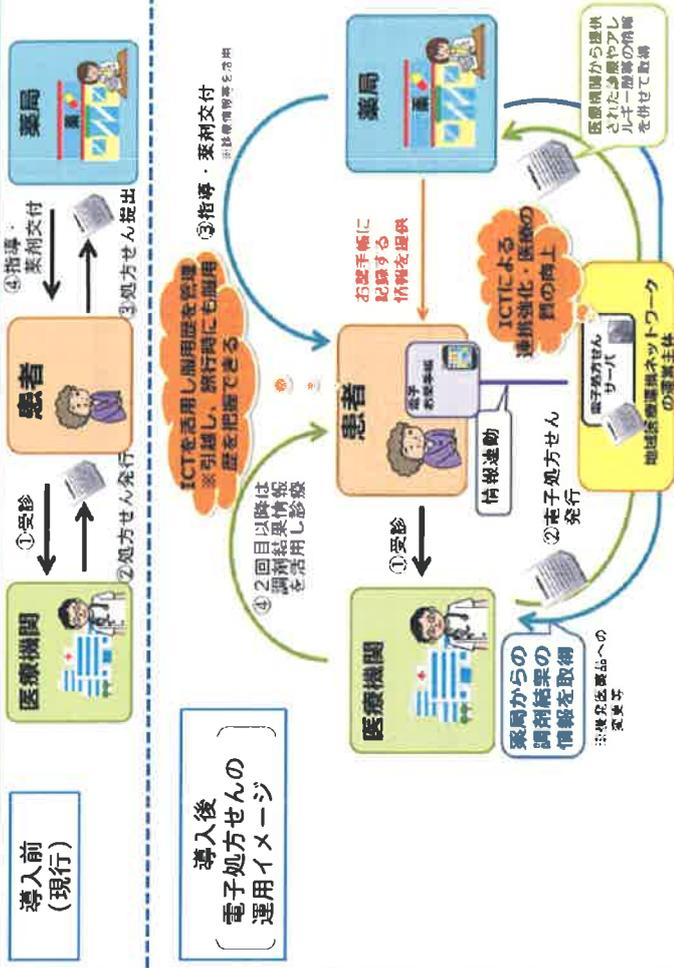
今回は「電子処方せん引換証」を交付



患者の薬局へのフリーアクセス権を確保（非電子処方せん対応薬局の場合には以下の手順で「電子処方せん引換証」を「処方せん」に変更する



電子処方せん 導入前・後の運用の流れ



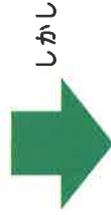
18

電子処方せんについて

電子処方せんは、e-文書法の例外として定められており、現時点では電子処方せんは違法



省令の改正で、次年度の早期に電子処方せんは違法ではなくなる



普及のためには大幅な基盤整備が必要であり、普及には時間を要すると思われる

電子処方箋について（おさらい）

ネットワーク基盤検討会から「電子処方箋の実現について」が出た(H25.3.22)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002xok3-att/2r985200002xonn.pdf>
 一定の条件下で処方箋を実際に電子化した運用が行えるよう、2,3年後を目的に
 e-文書法厚生労働省令を改正すべきである。

- ①電子化を開始する圏域（二次医療圏単位等）内の医療機関・薬局の体制整備が網羅的であること。
- ②記名押印として電子署名が必要となり、受信者はこれを検証できなければならぬため、電子化を行う地域においてはPKIが普及されていること。
- ③患者の求めやシステム等の障害時を想定し、紙による交付にも対応できるようにしておくこと。

医療機関内で用いられている処方箋についても、今後所要の検討が必要であると
 考えられる（報告書P2）

<提言（私見）>

電子処方箋については、各所で試行事業が実施されているが、本格的な実現を目指すためには、e-文書法で禁止措置が解かれた後に、まず病院で実施し（r数が増加することにより明らかになる諸問題を含め）、具体的な問題等を解決すべきではないか

課題：入院処方における「調剤済み」はどう考えるか？

処方提案薬剤師、処方医師、調剤した薬剤師、調剤監査薬剤師

お薬手帳の意義

（電子版お薬手帳の適切な推進に向けた調査検討会報告書より）

- 患者自身が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、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薬に対する意識を高めること
- 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は、それぞれの医療機関の医師及び薬局の薬剤師に見せることで、相互作用や重複投与を防ぐことにより、医薬品のより安全で有効な薬物療法につなげること

これに対し、現在のお薬手帳は単に調剤された医薬品の情報を記録するツールとして広まってしまっており、また、利用者が複数のお薬手帳を持つ場合もあり、お薬手帳の持つ本来のメリットが十分に生かされていない状況も生じている。

電子処方箋になると変わると思われること

処方箋は1薬品1用法で記述し、エディター機能を利用して同時服用のものをまとめる

保険薬局による患者宅における残数確認が進展すれば、1薬品毎で処方日数が増える可能性は高くなる

入院処方に関する保険請求は元来、実施状況を基本として、1日単位で請求を行うことになっている
 （入院は1回のリフィルになっている）

薬剤師の病棟常駐化が普及することで、医政局長通知が述べられている「薬剤師による処方提案」が進展すれば、医師は原薬名と原薬量を考え、それを処方箋化するのには薬剤師（もちろん最終的な医師の確認は必要）という時代は遠くならず訪れることになると想定される

電子版お薬手帳サービスとして備えることが望ましいデータ項目

項目	説明
患者の基本情報	IO番号、氏名、性別、生年月日、郵便番号、住所、電話番号、緊急連絡先、血液型、体重、アレルギー歴、副作用歴、既往歴、その他の患者特記
かかりつけ医療機関情報	名称、連絡先等
かかりつけ薬局情報	名称、連絡先等
調剤情報（調剤ごと）	情報開示の可否、処方年月日、調剤年月日、調剤医療機関・薬局情報、調剤医師・薬剤師情報、処方医療機関情報、処方医師情報、薬品情報、用法情報、服薬情報
連絡・注意事項	
入院中の情報	入院中の副作用情報、退院後に必要な情報
要指導医薬品、一般用医薬品	購入履歴、服用履歴
健康食品	購入履歴、服用履歴
手帳メモ	
備考	
記入者	

患者の基本情報：IO番号、氏名、性別、生年月日、郵便番号、住所、電話番号、緊急連絡先、血液型、体重、アレルギー歴、副作用歴、既往歴、その他の患者特記

かかりつけ医療機関情報：名称、連絡先等

かかりつけ薬局情報：名称、連絡先等

調剤情報（調剤ごと）：情報開示の可否、処方年月日、調剤年月日、調剤医療機関・薬局情報、調剤医師・薬剤師情報、処方医療機関情報、処方医師情報、薬品情報、用法情報、服薬情報

連絡・注意事項

入院中の情報：入院中の副作用情報、退院後に必要な情報

要指導医薬品、一般用医薬品：購入履歴、服用履歴

健康食品：購入履歴、服用履歴

手帳メモ

備考

記入者

電子版お薬手帳のまとめ

薬剤師は紙版、電子版にかかわらず、まず「お薬手帳の意義」を再認識することが必要

患者に対して「お薬手帳の意義」を含め、丁寧な説明を行い、当該患者が「お薬手帳に対する正しい認識」を有する迄、繰り返し説明を行うことが重要

スマホ等電子版のお薬手帳は、「患者の機微情報の塊」であることから、勝手に預かることなく、患者の目の前で情報の確認を行う等、電子版お薬手帳の取扱に関する手順を各医療機関が定め、それを遵守することが必要

<本日の内容>

1. 医療事故調査制度について
2. 特定機能病院の集中検査結果への対応等
3. 電子処方せん、電子版お薬手帳について
4. おわりに

真の薬歴とは？

処方歴

疑義照会により処方内容は変更されることがある
後発品推奨策により、処方薬＝調剤薬とはならない
投与日数制限のある医薬品については問題が潜在している場合が少なくない（例：倍量処方）

調剤歴

物品情報としての調剤薬（患者に渡された薬）の特定はできている（除調剤過誤）
投与日数制限のある医薬品については問題が潜在している場合が少なくない（例：倍量処方）
副作用調査のためには調剤情報が処方医療機関に戻されている必要がある

服薬歴

服用、使用した薬の記録が「真の薬歴」
記録は原則患者等に依存（入院中、在宅においては記録が可能）

これらの「違い」が必ずしも正確に理解されていないのが現状

医療用医薬品へのバーコード表示のルール

（平成24年6月29日 厚生労働省医政局総務課長、医薬食品局安全対策課長通知）

医療用医薬品の種類	調剤包装単位			販売包装単位		
	商品コード	有効期限	製造番号又は製造記号	商品コード	有効期限	製造番号又は製造記号
特定生物由来製品	◎	◎	◎	◎	◎	◎
生物由来製品	◎	○	○	◎	◎*	◎*
内用薬	◎	○	○	◎	◎*	◎*
注射薬	◎	○	○	◎	◎*	◎*
外用薬	◎	○	○	◎	○	○

平成27年7月工場出荷分から全ての医療用医薬品にバーコード表示がされている（*は可能なところから実施）



調剤包装単位のバーコードは取り違え事故防止対策であり、この対策を実施していない医療機関・薬局で取り違え事故が発生した場合には自己責任となることを自覚すべき

- ① 医薬品の安全管理に係る責任者の明確化など責任体制の整備を図る。
- ② 上記の安全管理のための指針に加え、医薬品の安全使用のための業務手順書の整備を行い、特に安全管理が必要な医薬品の業務手順を見直す。また、これらの実施に当たっては、医療機関における取組に加え、医薬品メーカー等との連携を図る。
- ③ 特に抗がん剤については、レジメンに基づく調剤及び無菌調製の推進を含め重点的に対策を講じる。
- ④ 注射薬を含むすべての薬剤について、薬剤部門から、患者ごとに薬剤を払い出すことを推進する。
- ⑤ 有害事象の早期発見、重篤化防止のため、有害事象の情報収集・医療従事者及び患者、国民への情報提供及び医薬品管理の推進を図る。
- ⑥ 入院時に患者が持参してきた薬剤及び退院時に患者に処方された薬剤に係る情報を共有するため、院内の関係者及び医療機関と薬局との間で連携強化を図る。

29

おわりに

改正薬剤師法施行から2年近くなることを再認識する必要がある

電子化の進展状況は地域毎で違いが発生するので、自分の所属する地域の状況を把握することが重要

電子版お薬手帳への対応方法を各医療機関で定めることが必要

取り違え事故防止のために導入された調剤包装単位のバーコード表示の利活用を推進することが必要

原点に戻って「安全な投薬プロセス」の再検討が必要

今後の医療安全対策

今や【当面取り組みべき課題】

(2) 医薬品の安全確保

- ① 医薬品が明確な責任体制のもとに使用され、医師、歯科医師、看護師、薬剤師の間、及び、医療機関と薬局との間に十分な連携が図られている。
- ② 夜間、休日における安全管理体制が確立している。
- ③ 特に安全管理が必要な医薬品についての業務手順が確立し、全ての医療機関において実施されている。
- ④ 新薬をはじめ医薬品に係る副作用・事故等の有害事象の早期発見、重篤化防止のための体制が確保されている。
- ⑤ 医薬品メーカー等の積極的な対応により、安全管理上問題を有する医薬品について改善が図られ、新たに開発されるものについても安全管理上、十分に配慮されたものが供給されると共に、医療機関においてもこのような安全面に配慮された医薬品が積極的に採用されている。

30

平成元年（1989）

● 薬事新報社に入社

● 日病薬は

● 高橋則行会長

● 柴田一雄専務理事

● 元 国立東京第二病院薬剤科長

● 病院薬剤師や診療報酬について教えを請う

● 当時の診療報酬要望は？

● しかし、現職で平成3年8月6日逝去

薬あるところ薬剤師あり

● 誰の言葉？

● 全田先生（元日病薬会長）ではありません。

平成27年度日本病院薬剤師会医療政策部セミナー
病院薬剤師の未来のために
ランチセッション

2016年3月21日

日本薬学会会長井記念館 長井記念ホール

日本病院薬剤師会医療政策部特別部員

上山 誉晃

teru@yakujishinpo.co.jp

株薬事新報社

薬あるところ薬剤師あり

全田先生は

- 「薬あるところ常に薬剤師あり」



「薬あるところ薬剤師あり」は 丹羽源之助 先生

- 昭和40年代
- 国立病院勤務の薬剤師
- 全田先生とは雀友
- はじめての服薬指導は



● 横井庄一

- 「何かのお役に立つと思って恥をしのんで帰ってまいりました」 1972年（昭和47年）
- 一包化調剤などにも取り組み

月刊薬事

クリニカル・ファーマシスト、病棟薬剤師、臨床薬剤師といろいろな呼称が登場してきている。この言葉は、せんじつめれば薬剤師が受身の調剤に終始することなく、薬剤師自身が薬の専門家として、その知識・技能を積極的に臨床面に提供しようという方向を示している。ある薬局長は「現在の立場で、薬剤師が臨床面へ参加するよりは、薬学教育の場に“臨床薬学”のコースを設けて、その専門家を養成してから進めるべきだ」という考えを披露する。しかし考えることも大切だが、まず行動で示そうというところで数年前より薬剤師の病棟循環を実施している国立東京第一病院（中野久壽雄薬局長）のケースを紹介してみよう。

はじまりは 2009. 4. 18 佐藤先生、外山先生

- 外山先生が日病薬からの注文
- 「散布図をエクセルで」に悩んできた
- そこで私が統計ソフト R を推奨
- 外山先生は R を **マニアック** と敬遠していた
- エクセルが苦手でビックリした
- 堀内先生、佐藤先生の無茶ぶりで
すぐに外山先生は R のエキスパートになる
- 決して上山に知恵を借りようというわけではない
- 実働部隊として雇われた（バックヤード要員）

なぜ上山が 医療政策部特別部員？

データサイエンティストの誕生

日病薬に待望のデータサイエンティスト現る!

● 当時、堀内会長の願いでもあった

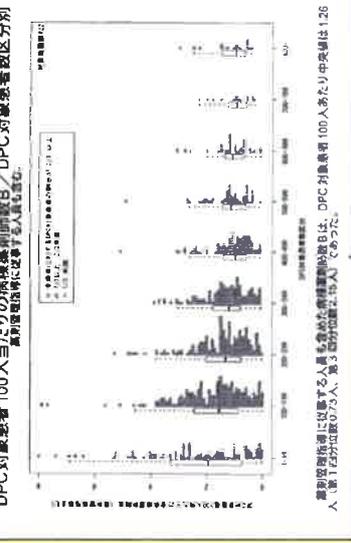
データサイエンティスト

- プログラムが書ける + 統計が
- データクリーニングも担当



ちょっと驚かせたグラフ

報告書はすべて外山先生制作 TeX組み



Rです。
箱ひげ図+ヒストグラム

DPC病院における薬剤師の病棟業務に関する実態調査

DPC評価分科会 平成21年(2009)6月8日 佐藤博委員提出

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/d1/s0608-6d.pdf>

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/10/d1/s1026-6f.pdf>

Rでしよう!

● プログラミングできる統計ソフト

● 世界中で使われている

● ライブラリーも充実

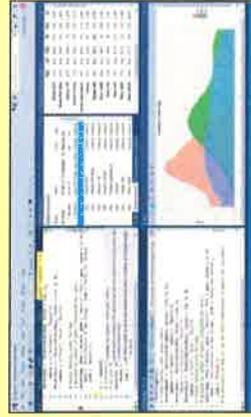
● 無料で誰でも使える

● windows, UNIX, MacOS

● 書籍も充実 (日本語も)

● いまではSAS, SPSS(IBM),

Windowsの開発ツールVisual Studio (R Tools for Visual Studio) からでもRは使える



R Tools for Visual Studio

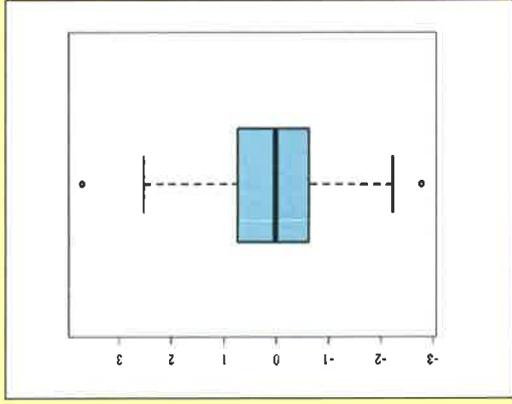
たとえば

エクセルだったらどうします?

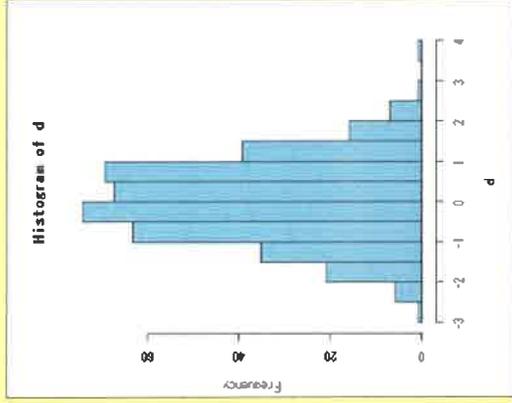
-1.08 0.8 0.26 -1.22 0.38 -0.08 -0.84 -0.52 -1.74 0.14 -0.15 1.07 0.14 1.89 1.06 0.68 -0.19
 0.3 -0.81 -0.71 -0.53 -1.01 0.03 -1.23 -0.06 1.53 0.53 -0.09 0.6 1.85 -1.97 -0.57 -0.08 0.37
 -0.42 -0.2 -1.95 -0.06 -0.12 -0.17 0.22 0.37 1.39 0.96 1.31 0.49 -0.15 0.94 0.29 -1.24 0.82
 0.64 -0.58 -0.63 -0.51 1.5 0.89 -0.36 0.13 -1.01 0.51 1.41 1.05 0.61 0.53 1.28 -0.72 -0.38
 1.02 -1.04 -0.67 -0.64 -1.51 -0.42 -0.74 1.37 -0.16 0.8 -0.02 -0.5 1.21 -0.35 0.28 0.78 0.12
 0.56 -0.3 -0.18 -0.34 -1.65 0.64 -0.7 -0.08 1.25 -0.36 0.44 -0.52 0.26 -0.35 -0.71 -1.26 -
 0.75 1.17 0.29 -0.08 0.65 -0.41 1.06 -1.2 -0.34 0.67 -0.28 0.55 -0.1 0.71 1.62 -0.84 0.99
 1.38 0.97 1.12 -0.87 0.44 -1.99 0.01 -0.18 -0.5 0.37 -0.28 1.35 -0.63 -0.2 -1.87 -0.76 0.89 -
 1.26 -0.15 0.72 0.28 -0.45 -0.06 -1.7 -0.01 1.43 -0.18 -0.58 -1.08 -0.59 -0.08 0.32 -0.3 -
 1.14 3.7 0.36 -0.74 -1.76 0.51 -0.36 -1.11 0.48 -1.73 0.49 0.89 -0.25 -1.38 0.73 -0.53
 1.24 1.14 0.03 -0.4 0.35 -0.63 -1.05 -1.77 1.36 -0.05 2.52 0.73 0.23 2.3 0.34 0.81 -0.54
 0.87 -0.68 -2.08 -1.07 0.19 0.57 -0.59 2.04 -0.98 0.02 -0.65 -0.13 0.28 0 1.63 -1.21 0.3 -
 0.5 -0.37 -0.38 1.51 -0.05 -0.64 -2.21 0.68 0.42 -0.53 -0.98 0.63 -0.26 -1.88 -1.53 -0.58 -
 0.69 0.48 0.25 1.23 -1.81 -0.93 -1.22 1.14 0.15 0.45 0.63 -1.07 -2.01 -0.26 2.05 0.31 0.98
 0.61 -0.2 1.09 0.18 1.15 0.28 -0.42 1.57 1.21 -0.9 -0.43 -0.62 -0.33 0.77 0.39 0.8 0.02 1.13
 -0.56 0.39 0.89 0.93 -0.76 0.26 0.55 1.42 0.43 -0.83 -0.95 0.84 0.38 -0.12 -0.12 0.59 -0.46
 0.79 0.02 1.29 -2.08 -2.07 0.95 0.87 1.05 0.69 0.3 -1.48 1.07 1.44 1.76 2.02 0.01 0.16 0.99
 -1.33 -0.36 -1.34 -1.65 0.18 -0.12 -0.42 -0.6 0.09 0.67 0.01 0.95 0.54 -1.28 -1.11 1.15 -
 1.01 -0.84 -0.54 1.08 0.39 -1.25 0.13 -2.79 -0.4 1.71 1.71 -1.12 1.87 0.69 -0.98 -1 0.54
 0.63 -0.05 0.36 0.51 0.77 -0.16 0.44 0.25 -1.44 -0.15 0.72 -0.46 0.29 -0.09 0.4 1.73 0.97 -
 1.11 -0.54 2 0.11 0.97 -1.35 -2.22 0.86 -0.72 -0.52 0.62 1.05 -0.84 0.56 1.03 0.59 -0.31 -
 0.85 0.26 0.11 -1.96 1.52 -0.74 -1.87 -0.42 -1.93 0.83 -1.24 -0.23 -0.13 -0.41 -0.88 -1.51 -
 1.84 2.24 -0.08 0.8 -0.71 -0.95 -0.49 -1.08 0.75 -1.33 -0.5 2.43 -0.78 1.09 0.24 1.1 0.02 -
 0.81 1.88 -1.11 0.94 1.97 0.4 -1.7 0.51 0.79 2.04 -0.07 1.2

400個の正規乱数

> boxplot(rnorm(400))

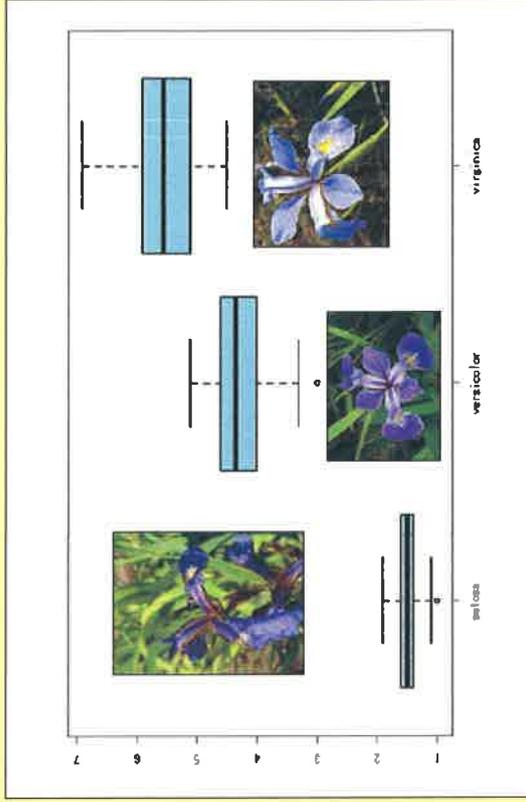


> hist(rnorm(400))



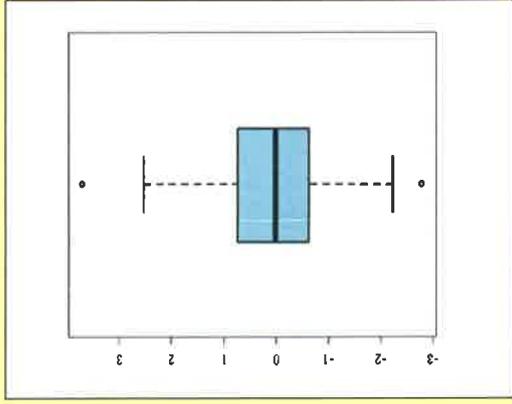
Fisher's Iris Data set

> boxplot(iris\$Petal.Length~iris\$Species, lwd=2, col="lightblue")

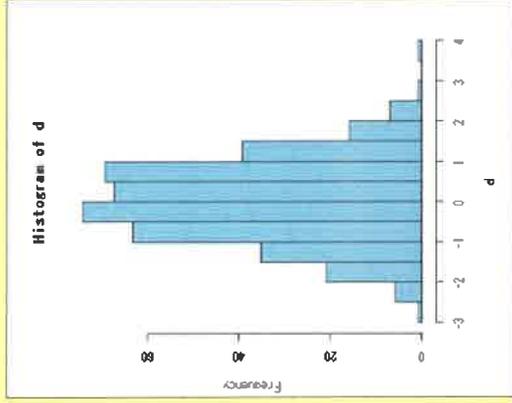


400個の正規乱数

> boxplot(rnorm(400))

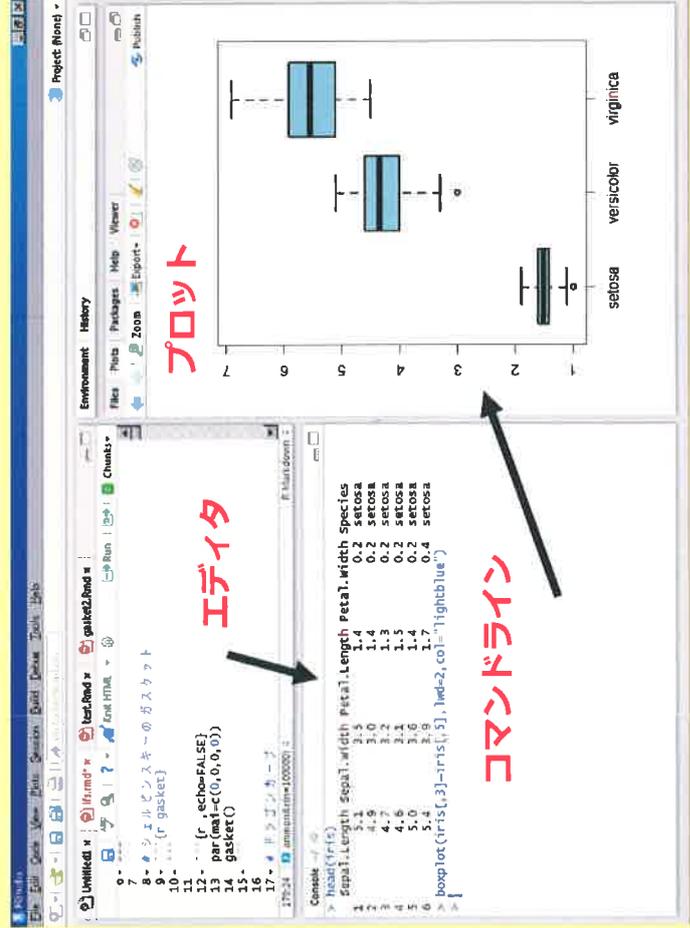


> hist(rnorm(400))



エクセル統計を卒業したから

- 上山にメールください
- 日病薬事務局の加藤さん紹介します
- わからない時は外山教授をご紹介します



A screenshot of the RStudio interface. The top pane shows a boxplot of Petal.Length by Species, identical to the one in the top-left slide. The bottom-left pane shows the R console with the following code and output:

```
8- エクセルベースキーのガasket  
9- ... (r gasket)  
10- ...  
11- ... (r echo=FALSE)  
12- par(mfrow=c(0,0,0))  
13- gasket()  
14- ...  
15- ...  
16- ...  
17- ...  
18- ...  
19- ...  
20- ...  
21- ...  
22- ...  
23- ...  
24- ...  
25- ...  
26- ...  
27- ...  
28- ...  
29- ...  
30- ...  
31- ...  
32- ...  
33- ...  
34- ...  
35- ...  
36- ...  
37- ...  
38- ...  
39- ...  
40- ...  
41- ...  
42- ...  
43- ...  
44- ...  
45- ...  
46- ...  
47- ...  
48- ...  
49- ...  
50- ...  
51- ...  
52- ...  
53- ...  
54- ...  
55- ...  
56- ...  
57- ...  
58- ...  
59- ...  
60- ...  
61- ...  
62- ...  
63- ...  
64- ...  
65- ...  
66- ...  
67- ...  
68- ...  
69- ...  
70- ...  
71- ...  
72- ...  
73- ...  
74- ...  
75- ...  
76- ...  
77- ...  
78- ...  
79- ...  
80- ...  
81- ...  
82- ...  
83- ...  
84- ...  
85- ...  
86- ...  
87- ...  
88- ...  
89- ...  
90- ...  
91- ...  
92- ...  
93- ...  
94- ...  
95- ...  
96- ...  
97- ...  
98- ...  
99- ...  
100- ...  
101- ...  
102- ...  
103- ...  
104- ...  
105- ...  
106- ...  
107- ...  
108- ...  
109- ...  
110- ...  
111- ...  
112- ...  
113- ...  
114- ...  
115- ...  
116- ...  
117- ...  
118- ...  
119- ...  
120- ...  
121- ...  
122- ...  
123- ...  
124- ...  
125- ...  
126- ...  
127- ...  
128- ...  
129- ...  
130- ...  
131- ...  
132- ...  
133- ...  
134- ...  
135- ...  
136- ...  
137- ...  
138- ...  
139- ...  
140- ...  
141- ...  
142- ...  
143- ...  
144- ...  
145- ...  
146- ...  
147- ...  
148- ...  
149- ...  
150- ...  
151- ...  
152- ...  
153- ...  
154- ...  
155- ...  
156- ...  
157- ...  
158- ...  
159- ...  
160- ...  
161- ...  
162- ...  
163- ...  
164- ...  
165- ...  
166- ...  
167- ...  
168- ...  
169- ...  
170- ...  
171- ...  
172- ...  
173- ...  
174- ...  
175- ...  
176- ...  
177- ...  
178- ...  
179- ...  
180- ...  
181- ...  
182- ...  
183- ...  
184- ...  
185- ...  
186- ...  
187- ...  
188- ...  
189- ...  
190- ...  
191- ...  
192- ...  
193- ...  
194- ...  
195- ...  
196- ...  
197- ...  
198- ...  
199- ...  
200- ...  
201- ...  
202- ...  
203- ...  
204- ...  
205- ...  
206- ...  
207- ...  
208- ...  
209- ...  
210- ...  
211- ...  
212- ...  
213- ...  
214- ...  
215- ...  
216- ...  
217- ...  
218- ...  
219- ...  
220- ...  
221- ...  
222- ...  
223- ...  
224- ...  
225- ...  
226- ...  
227- ...  
228- ...  
229- ...  
230- ...  
231- ...  
232- ...  
233- ...  
234- ...  
235- ...  
236- ...  
237- ...  
238- ...  
239- ...  
240- ...  
241- ...  
242- ...  
243- ...  
244- ...  
245- ...  
246- ...  
247- ...  
248- ...  
249- ...  
250- ...  
251- ...  
252- ...  
253- ...  
254- ...  
255- ...  
256- ...  
257- ...  
258- ...  
259- ...  
260- ...  
261- ...  
262- ...  
263- ...  
264- ...  
265- ...  
266- ...  
267- ...  
268- ...  
269- ...  
270- ...  
271- ...  
272- ...  
273- ...  
274- ...  
275- ...  
276- ...  
277- ...  
278- ...  
279- ...  
280- ...  
281- ...  
282- ...  
283- ...  
284- ...  
285- ...  
286- ...  
287- ...  
288- ...  
289- ...  
290- ...  
291- ...  
292- ...  
293- ...  
294- ...  
295- ...  
296- ...  
297- ...  
298- ...  
299- ...  
300- ...  
301- ...  
302- ...  
303- ...  
304- ...  
305- ...  
306- ...  
307- ...  
308- ...  
309- ...  
310- ...  
311- ...  
312- ...  
313- ...  
314- ...  
315- ...  
316- ...  
317- ...  
318- ...  
319- ...  
320- ...  
321- ...  
322- ...  
323- ...  
324- ...  
325- ...  
326- ...  
327- ...  
328- ...  
329- ...  
330- ...  
331- ...  
332- ...  
333- ...  
334- ...  
335- ...  
336- ...  
337- ...  
338- ...  
339- ...  
340- ...  
341- ...  
342- ...  
343- ...  
344- ...  
345- ...  
346- ...  
347- ...  
348- ...  
349- ...  
350- ...  
351- ...  
352- ...  
353- ...  
354- ...  
355- ...  
356- ...  
357- ...  
358- ...  
359- ...  
360- ...  
361- ...  
362- ...  
363- ...  
364- ...  
365- ...  
366- ...  
367- ...  
368- ...  
369- ...  
370- ...  
371- ...  
372- ...  
373- ...  
374- ...  
375- ...  
376- ...  
377- ...  
378- ...  
379- ...  
380- ...  
381- ...  
382- ...  
383- ...  
384- ...  
385- ...  
386- ...  
387- ...  
388- ...  
389- ...  
390- ...  
391- ...  
392- ...  
393- ...  
394- ...  
395- ...  
396- ...  
397- ...  
398- ...  
399- ...  
400- ...  
401- ...  
402- ...  
403- ...  
404- ...  
405- ...  
406- ...  
407- ...  
408- ...  
409- ...  
410- ...  
411- ...  
412- ...  
413- ...  
414- ...  
415- ...  
416- ...  
417- ...  
418- ...  
419- ...  
420- ...  
421- ...  
422- ...  
423- ...  
424- ...  
425- ...  
426- ...  
427- ...  
428- ...  
429- ...  
430- ...  
431- ...  
432- ...  
433- ...  
434- ...  
435- ...  
436- ...  
437- ...  
438- ...  
439- ...  
440- ...  
441- ...  
442- ...  
443- ...  
444- ...  
445- ...  
446- ...  
447- ...  
448- ...  
449- ...  
450- ...  
451- ...  
452- ...  
453- ...  
454- ...  
455- ...  
456- ...  
457- ...  
458- ...  
459- ...  
460- ...  
461- ...  
462- ...  
463- ...  
464- ...  
465- ...  
466- ...  
467- ...  
468- ...  
469- ...  
470- ...  
471- ...  
472- ...  
473- ...  
474- ...  
475- ...  
476- ...  
477- ...  
478- ...  
479- ...  
480- ...  
481- ...  
482- ...  
483- ...  
484- ...  
485- ...  
486- ...  
487- ...  
488- ...  
489- ...  
490- ...  
491- ...  
492- ...  
493- ...  
494- ...  
495- ...  
496- ...  
497- ...  
498- ...  
499- ...  
500- ...  
501- ...  
502- ...  
503- ...  
504- ...  
505- ...  
506- ...  
507- ...  
508- ...  
509- ...  
510- ...  
511- ...  
512- ...  
513- ...  
514- ...  
515- ...  
516- ...  
517- ...  
518- ...  
519- ...  
520- ...  
521- ...  
522- ...  
523- ...  
524- ...  
525- ...  
526- ...  
527- ...  
528- ...  
529- ...  
530- ...  
531- ...  
532- ...  
533- ...  
534- ...  
535- ...  
536- ...  
537- ...  
538- ...  
539- ...  
540- ...  
541- ...  
542- ...  
543- ...  
544- ...  
545- ...  
546- ...  
547- ...  
548- ...  
549- ...  
550- ...  
551- ...  
552- ...  
553- ...  
554- ...  
555- ...  
556- ...  
557- ...  
558- ...  
559- ...  
560- ...  
561- ...  
562- ...  
563- ...  
564- ...  
565- ...  
566- ...  
567- ...  
568- ...  
569- ...  
570- ...  
571- ...  
572- ...  
573- ...  
574- ...  
575- ...  
576- ...  
577- ...  
578- ...  
579- ...  
580- ...  
581- ...  
582- ...  
583- ...  
584- ...  
585- ...  
586- ...  
587- ...  
588- ...  
589- ...  
590- ...  
591- ...  
592- ...  
593- ...  
594- ...  
595- ...  
596- ...  
597- ...  
598- ...  
599- ...  
600- ...  
601- ...  
602- ...  
603- ...  
604- ...  
605- ...  
606- ...  
607- ...  
608- ...  
609- ...  
610- ...  
611- ...  
612- ...  
613- ...  
614- ...  
615- ...  
616- ...  
617- ...  
618- ...  
619- ...  
620- ...  
621- ...  
622- ...  
623- ...  
624- ...  
625- ...  
626- ...  
627- ...  
628- ...  
629- ...  
630- ...  
631- ...  
632- ...  
633- ...  
634- ...  
635- ...  
636- ...  
637- ...  
638- ...  
639- ...  
640- ...  
641- ...  
642- ...  
643- ...  
644- ...  
645- ...  
646- ...  
647- ...  
648- ...  
649- ...  
650- ...  
651- ...  
652- ...  
653- ...  
654- ...  
655- ...  
656- ...  
657- ...  
658- ...  
659- ...  
660- ...  
661- ...  
662- ...  
663- ...  
664- ...  
665- ...  
666- ...  
667- ...  
668- ...  
669- ...  
670- ...  
671- ...  
672- ...  
673- ...  
674- ...  
675- ...  
676- ...  
677- ...  
678- ...  
679- ...  
680- ...  
681- ...  
682- ...  
683- ...  
684- ...  
685- ...  
686- ...  
687- ...  
688- ...  
689- ...  
690- ...  
691- ...  
692- ...  
693- ...  
694- ...  
695- ...  
696- ...  
697- ...  
698- ...  
699- ...  
700- ...  
701- ...  
702- ...  
703- ...  
704- ...  
705- ...  
706- ...  
707- ...  
708- ...  
709- ...  
710- ...  
711- ...  
712- ...  
713- ...  
714- ...  
715- ...  
716- ...  
717- ...  
718- ...  
719- ...  
720- ...  
721- ...  
722- ...  
723- ...  
724- ...  
725- ...  
726- ...  
727- ...  
728- ...  
729- ...  
730- ...  
731- ...  
732- ...  
733- ...  
734- ...  
735- ...  
736- ...  
737- ...  
738- ...  
739- ...  
740- ...  
741- ...  
742- ...  
743- ...  
744- ...  
745- ...  
746- ...  
747- ...  
748- ...  
749- ...  
750- ...  
751- ...  
752- ...  
753- ...  
754- ...  
755- ...  
756- ...  
757- ...  
758- ...  
759- ...  
760- ...  
761- ...  
762- ...  
763- ...  
764- ...  
765- ...  
766- ...  
767- ...  
768- ...  
769- ...  
770- ...  
771- ...  
772- ...  
773- ...  
774- ...  
775- ...  
776- ...  
777- ...  
778- ...  
779- ...  
780- ...  
781- ...  
782- ...  
783- ...  
784- ...  
785- ...  
786- ...  
787- ...  
788- ...  
789- ...  
790- ...  
791- ...  
792- ...  
793- ...  
794- ...  
795- ...  
796- ...  
797- ...  
798- ...  
799- ...  
800- ...  
801- ...  
802- ...  
803- ...  
804- ...  
805- ...  
806- ...  
807- ...  
808- ...  
809- ...  
810- ...  
811- ...  
812- ...  
813- ...  
814- ...  
815- ...  
816- ...  
817- ...  
818- ...  
819- ...  
820- ...  
821- ...  
822- ...  
823- ...  
824- ...  
825- ...  
826- ...  
827- ...  
828- ...  
829- ...  
830- ...  
831- ...  
832- ...  
833- ...  
834- ...  
835- ...  
836- ...  
837- ...  
838- ...  
839- ...  
840- ...  
841- ...  
842- ...  
843- ...  
844- ...  
845- ...  
846- ...  
847- ...  
848- ...  
849- ...  
850- ...  
851- ...  
852- ...  
853- ...  
854- ...  
855- ...  
856- ...  
857- ...  
858- ...  
859- ...  
860- ...  
861- ...  
862- ...  
863- ...  
864- ...  
865- ...  
866- ...  
867- ...  
868- ...  
869- ...  
870- ...  
871- ...  
872- ...  
873- ...  
874- ...  
875- ...  
876- ...  
877- ...  
878- ...  
879- ...  
880- ...  
881- ...  
882- ...  
883- ...  
884- ...  
885- ...  
886- ...  
887- ...  
888- ...  
889- ...  
890- ...  
891- ...  
892- ...  
893- ...  
894- ...  
895- ...  
896- ...  
897- ...  
898- ...  
899- ...  
900- ...  
901- ...  
902- ...  
903- ...  
904- ...  
905- ...  
906- ...  
907- ...  
908- ...  
909- ...  
910- ...  
911- ...  
912- ...  
913- ...  
914- ...  
915- ...  
916- ...  
917- ...  
918- ...  
919- ...  
920- ...  
921- ...  
922- ...  
923- ...  
924- ...  
925- ...  
926- ...  
927- ...  
928- ...  
929- ...  
930- ...  
931- ...  
932- ...  
933- ...  
934- ...  
935- ...  
936- ...  
937- ...  
938- ...  
939- ...  
940- ...  
941- ...  
942- ...  
943- ...  
944- ...  
945- ...  
946- ...  
947- ...  
948- ...  
949- ...  
950- ...  
951- ...  
952- ...  
953- ...  
954- ...  
955- ...  
956- ...  
957- ...  
958- ...  
959- ...  
960- ...  
961- ...  
962- ...  
963- ...  
964- ...  
965- ...  
966- ...  
967- ...  
968- ...  
969- ...  
970- ...  
971- ...  
972- ...  
973- ...  
974- ...  
975- ...  
976- ...  
977- ...  
978- ...  
979- ...  
980- ...  
981- ...  
982- ...  
983- ...  
984- ...  
985- ...  
986- ...  
987- ...  
988- ...  
989- ...  
990- ...  
991- ...  
992- ...  
993- ...  
994- ...  
995- ...  
996- ...  
997- ...  
998- ...  
999- ...  
1000- ...
```

プロット

エディタ

コマンドライン

Rのフロントエンド Rstudio

病棟薬剤業務実施加算

俯瞰すると 車の両輪

2009.4～2010.4

新たなDPC病院
「機能評価係数」
「医師、看護師、薬剤師
等の人員配置（チーム医
療）による評価」

認めれず
しかし

2010.2.8
答申書附帯意見
6 薬剤師の病棟配置の
評価を含め、チーム医療
に関する評価について、
検討を行うこと。

2010.4～2011.4

平成22年（2010）4月30日
厚生労働省医政局長通知
（医政発0430第1号）



平成22年（2010）10月29日
「医療スタッフの協働・連携によ
るチーム医療の推進について」
日本病院薬剤師会による解釈と具
体例
（Ver.1.1）

平成26年（2014）4月12日
Ver.2.0

2011.4～2012.4

病棟薬剤業務実施加算
新設



H26改定
精神・療養
4週間→8週間

H28改定
ICU 80点

布陣

平成22年改定 平成24年改定
機部薬剤管理官 吉田 薬剤管理官

堀内会長 堀内会長

佐藤社会保険部長 鈴木社会保険部長
(外山部員) (川上副部长)

「施設基準適合入院調剤技術基本料（100点）承認病院
昭和63年12月16日現在（日病薬調査）」

- 東京 6施設
- 神奈川 3施設
- 長野 3施設
- 愛知 4施設
- 岐阜 2施設
- 京都 3施設
- 大阪 5施設
- 島根 2施設
- 岡山 1施設
- 福岡 1施設
- 鹿児島 1施設
- 沖縄 2施設

全国で33施設

昭和63年4月新設

のちの薬剤管理指導料

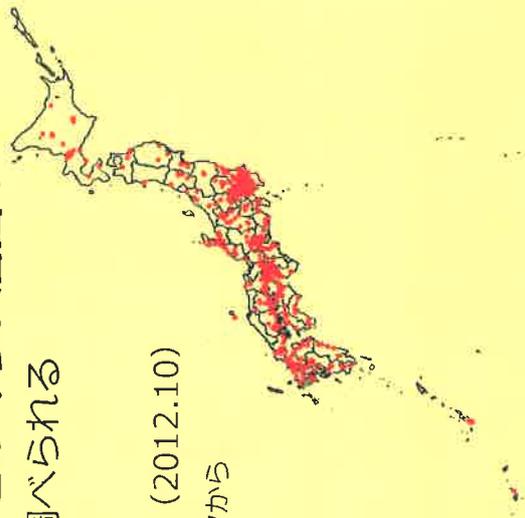
病棟薬剤業務実施加算

- 2012. 10に全国でどのくらい届出？
- 今では日病薬でも調べられる

- 全国で **966** 施設 (2012.10)

- 地方厚生局のデータから

**100点業務
2.9倍のスピード！**



クライマックス 中医協2011. 2. 1

- 白川委員 (一号側・支払側)

「薬剤管理官、今、精神病棟とか、療養病棟の薬剤師さんというのは、どういう感じになっているのかということ、もしもわかれば、ちょっと教えていただけませんか？」

- 吉田薬剤管理官 (質問には直接答えず)

「今、御議論いただいております、療養あるいは精神の病棟で働いております薬剤師が、今回、新しくできます加算から外れるというんですか、除外されるという形になりますと、なかなかそういうところにおります**薬剤師の士気**に関わるというところがあるのかなと思います」

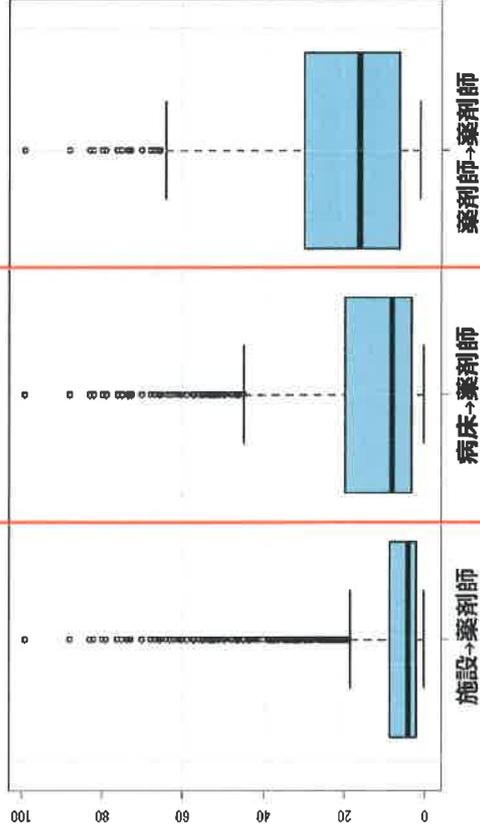
ダーウイン



堀内先生の願いが叶った瞬間

感覚のスレ

病院の勤務薬剤師数



患者視点というならば

薬剤師数

	Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
施設→薬剤師	0.32	2.00	4.00	7.91	9.00	99.00
病床→薬剤師	0.32	4.00	8.80	14.92	20.00	99.00
薬剤師→薬剤師	1.00	6.30	16.00	21.58	29.80	99.00

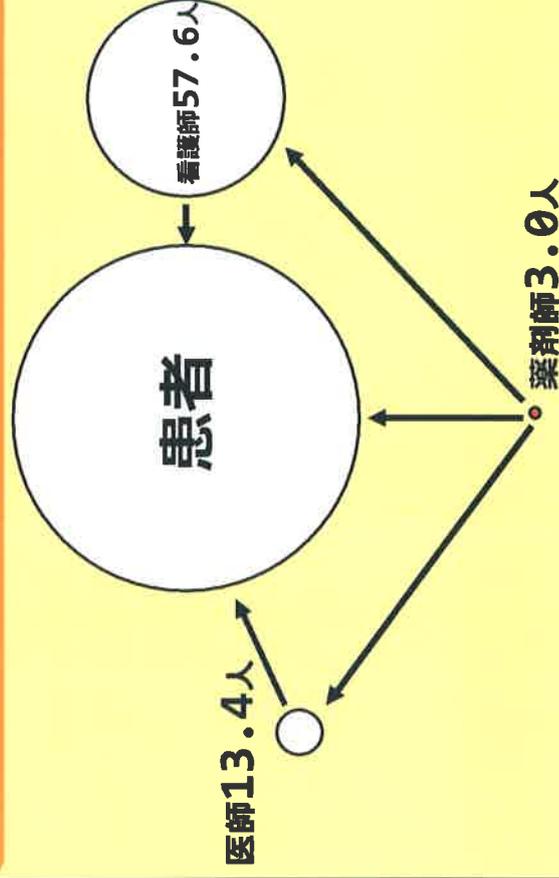
参考

平成26年病院報告 (厚生労働省)
平成26年10月1日現在
1病院当たり薬剤師数 5.5人

モデル

- **薬剤師の業務モデル**
 - 患者 → 医師 → 薬剤師
 - 薬剤師 1人に対して医師4.5人 (病院報告から計算)
 - 規模が大きくなるほど薬剤師1人に対する医師数は増える傾向
 - 一方、規模が小さい病院では1人の薬剤師が色々なことをやなければならない
 - このような視点で薬剤師業務を考えてみてどうか
 - どのような患者がいるのか
 - どのような医師がいるのか
 - 薬剤師は何をすべきか

100床当たりの従事者数 顔が見えにくいのは当たり前？



平成26年病院報告より

ご静聴に感謝します

***** M E M O *****



医薬品安全管理に関する 最近の医政行政について

厚生労働省医政局総務課
医療施設機能調整専門官 勝山 佳菜子

平成28年3月21日(月)
平成27年度日本病院薬剤師会医療政策部セミナー

本日お話しする内容

1. 特定機能病院における医療安全対策等のガバナンスの強化について
2. (参考)医療事故調査制度について

特定機能病院制度とは

趣旨

高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院として、平成4年の医療法改正で創設（厚生労働大臣が個別に承認）。

※承認を受けている病院(平成27年11月現在) ... 84病院(大学病院本院78病院)

役割

高度の医療の提供
高度の医療に関する研修

高度な医療を提供する条件として、**「医療の安全管理体制」**がしっかりとれていること

承認要件

- 高度の医療の提供、開業及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること
(紹介率50%以上、逆紹介率40%以上の維持)
- 病床数 …… 400床以上の病床を有することが必要
- 人員配置
医師 …… 病院の2倍程度の配置が最低基準
薬剤師 …… 入院患者数÷20が最低基準
看護師 …… 入院患者数÷2が最低基準
「外注薬剤師」を含む
「外注検査技師」を含む
「外注理学療法士」を含む
「外注作業療法士」を含む
「外注臨床検査技師」を含む
「外注臨床工学技師」を含む
「外注臨床検査士」を含む
「外注臨床検査技師」を含む
「外注臨床検査士」を含む
- 構造設備 …… 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要

承認されると、
診療報酬での
優遇措置

※ がん等の個別領域について高度かつ専門的な医療を提供する病院については、紹介率等についてより高い水準の承認要件を設定。

毎日新聞 平成27年4月30日付 電子版より

特定機能病院:東京女子医大・群馬大の承認を取り消し

毎日新聞 2015年04月30日 21時15分 (最終更新 04月30日 22時16分)



医療事故を起こした東京女子医大病院と群馬大医学部付属病院について、「特定機能病院の承認取り消し相当」とする意見書を提出した厚労省(左)に手渡す社会福祉協議会基盤分科会の浦田英隆分科会員(厚労省)と2015年4月30日、後藤田 邦雄氏

患者が死亡する医療事故が起きた東京女子医大病院(東京都新宿区)と群馬大医学部付属病院(前橋市)について、厚生労働省は30日、高度な医療を提供する病院として診療報酬の優遇が受けられる「特定機能病院」の承認を取り消すことを決めた。5月中に取り消し処分を行う。塩崎恭久厚生労働相は同日、全ての特定機能病院に対する立ち入り検査を集中的に実施し、管理体制の見直しに着手することを明らかにした。

◇厚労省、要件見直しへ

塩崎厚生労働相は記者会見で「医療安全に関する重大な事業が相次いでいるのは、病院の管理運営に必要なガバナンス(統治)の問題があり、対策を講じる必要がある」と述べた。立ち入り検査の頻度を増やせ、特定機能病院の承認要件の見直しも行うとしている。

拡大写真

関連記事

・【塩崎「取り消しは当然」】「患者見

発生した事案 その1

- 平成26年2月、「頸部嚢胞性リンパ管腫」に対する手術を受けた2歳男児が集中治療室で人工呼吸管理中の鎮静のためにプロポフォールを投与された後、死亡
- プロポフォールは、小児(集中治療における人工呼吸中の鎮静)に対する投与は、添付文書上「禁忌」
- 投与量は、成人人工呼吸中に適量とされるものの2倍以上だったことが判明

事実関係

<医薬品の安全管理体制①>

- ① 平成24年10月、心臓病ICUでは、小児の集中治療における人工呼吸中の鎮静にプロポフォールを使用することは禁忌であることが認識され、運用方針が変更されたものの、当該運用方針に係る変更は院内のICUすべてには周知徹底されていなかった。
- ② 平成26年2月の事案発生当時、中央ICUにおいて、一部の医師以外はプロポフォールの禁忌情報を認識していなかった。
- ③ 本事案に関与した医師、薬剤師をはじめとする医療従事者の大半が、禁忌薬を処方する場合の基本原則を十分に理解しておらず、当該病院内において禁忌薬についての考え方が整理・共有されていなかった。

例薬、習慣性医薬品：注意一習慣性あり
処方薬品：注意一医師等の処方書により使用すること
注意一医師等の処方書により使用すること

1% デイパラン注

全身麻酔・鎮静剤用

プロポフォール注射液
1% Diprivan® Injection

用法・用量を遵守して皮下投与
使用回数：直前に示す使用法に準じて
注意一習慣性あり

承認番号	7A54編1311
薬効収載	1995年11月
製造開始	1995年12月
特許取得	2000年12月
特許有効	1999年3月

<用法・用量に関する使用上の注意>
【全身麻酔の導入及び維持の場合】
薬液には以下の通り

導入時の時間	0~10分	10~20分	20~30分	30分~
投与速度	1.0mL/kg/分(プロポフォール注射液として投与)	1.0mL/kg/分(プロポフォール注射液として投与)	1.0mL/kg/分(プロポフォール注射液として投与)	1.0mL/kg/分(プロポフォール注射液として投与)

【集中治療における人工呼吸中の鎮静】
1. 本剤は、体積が成人に投与するよりも、小児は、追加7日を越えて投与し、7日を越えて本剤投与による副作用を引き起こす傾向に留意すること。
2. 本剤は、追加7日を越えて投与し、7日を越えて本剤投与による副作用を引き起こす傾向に留意すること。

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)
1. 本剤又は本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 肝臓病(肝臓、腎臓、腎臓等への投与の禁忌)
3. 小児(集中治療における人工呼吸中の鎮静)(小児等への投与の禁忌)

【組成・性状】

組成	プロポフォール注射液 100mg プロポフォール注射液 100mg プロポフォール注射液 100mg プロポフォール注射液 100mg プロポフォール注射液 100mg
----	---



事実関係

<医薬品の安全管理体制②>

- ④ 中央ICUにおいて死亡した小児に対しては、プロポフォールが4日間にわたり継続投与されていた。
- ⑤ プロポフォールを投与中の患者に発生した異常(心電図変化、血液検査結果の異常、尿所見の異常等)に対する管理体制が不適切であった。
- ⑥ 看護師は尿の異常所見に気付いていなかったが、看護記録への記載がなされていなかった。
- ⑦ 薬剤師がプロポフォールの使用量の多さにつき、医師に対して疑義を發したが、薬剤師、医師共に当該疑義に係る記録をしなければならなかった。

事実関係 ＜その他＞

- 医療安全管理のための体制
 - チーム医療における連携体制
 - 平成19年に特定機能病院の再承認を受けた際に報告された改善策の、周知や実施状況に係る調査、見直し
 - 管理者への権限の集中
 - 病院とご遺族の間のコミュニケーション・ギャップ
- インフォームド・コンセント
 - 禁忌であるプロポフォールを使用することについて、医師から家族に対して説明を行っておらず、家族の同意を得られていなかった。
- 院内における連携や情報の交換・共有の体制
 - センター間、部門間、診療科間等において連携及び医療安全に係る情報の交換・共有を行う体制が十分に構築されていなかった。

9

問題点

2. 医療安全管理のための体制について
(ルールに基づいた対応)
 - ① 安全管理のための体制が適切に機能していなかった。
(ガバナンス)
 - ② 医療安全の向上に向けた取組に際して、病院長が管理者の責務を、十分に果たせない状態にあったというガバナンス上の問題点があったこと。
3. 上記以外の事項について
(インフォームド・コンセント)
 - ① 患者やその家族に必要な説明を丁寧に行っていないかった。
- (院内における連携や情報交換・共有の体制)
 - ② センター間、部門間、診療科間等において連携及び医療安全に係る情報の交換・共有が十分に行われていなかった。
- (要因分析、改善策の策定の実施に係る事項)
 - ③ 問題点に係る要因分析が不十分であった。

11

問題点

1. 医薬品の安全管理体制について
(医薬品の安全使用のためのルールに基づいた対応)
 - ① 医薬品に係る安全管理のための体制が確保されていなかった。
 - ・ 医薬品安全管理責任者が、「医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集」(添付文書の改訂や禁忌情報等)や、関連部署の従業者に対する当該情報の周知徹底等を行っていないかった。
 - ・ 禁忌薬を処方する際の原則に関する理解不足等、「従業者に対する医薬品の安全使用のための研修」が形骸化していた。
 - ・ 「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」が活用されていなかった。
- (医薬品の安全使用のための基本的な体制)
 - ② 上記に加え、医療機関の運営に当たっての基本体制が確保できていなかった。
 - ・ 医薬品の選択や投与開始時に、投与の妥当性やリスクの検討が不十分であった。
 - ・ 術後の患者管理を適切に行うための研修や教育が不十分であったこと。

10

今後取り組みべき事項

- ① 要因分析
- ② 再発防止策
 - ・ 一般の立場の者の視点で発言できる者の意見を反映させる
 - ・ 改善策の実効性や継続性を確保する
 - ・ 定められた改善策を守らない者がいた場合の歯止め等のため、自動的に事案や情報が収集される仕組みの構築
 - ・ 管理者及び医療安全管理部門による能動的な情報収集
 - ・ 効果的な研修の実施体制及びその研修の効果を確認する仕組みの構築
 - ・ 診療録等への記載やインフォームド・コンセントの徹底
- ③ 医療安全対策について
 - ・ 重大な事案が発生した際は、事案を覚知した職員も、医療安全管理部門や管理者に対して報告する仕組みを整備
 - ・ 中立的な立場にある外部の者による改善策の実行状況の確認、結果の公表
 - ・ 多職種が協働で医療安全に係る取組を行うこと

12

(参考) 医療法

(インフォームド・コンセント)

第1条の4第2項

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受けける者の理解を得るよう努めなければならない。

13

事実関係

● 医療安全管理のための体制

- ▶ 診療科の責任者は、本事業につき個別の死亡事案については認識していたものの、7例については死亡症例検討会を実施した資料や記録を確認できず、診療科として腹腔鏡手術後の死亡が問題であるという認識が不十分であった。
- ▶ 院内のインシデント等の報告制度に基づき報告はなされず、病院長や医療安全管理部長は死亡事案が続いていることを把握できていなかった。
- ▶ 手術部では事故が多いことは認識されていたが、具体的な事案までは把握されておらず、手術後に問題として大きく取り上げられることはなかった。
- ▶ 外科診療を行っている診療科全体において、本事業に係る情報の共有はなされていなかった。

● その他

- ▶ 倫理審査委員会に付議すべき臨床研究とされた、保険適用されていない手術については付議されおらず、また、検査使用の申請過程でもチェックがなされていなかった。
- ▶ インフォームド・コンセントや診療過程についての診療録記載や手術説明同意書への記載が乏しかった。
- ▶ 分科会への報告後に、腹腔鏡下肝切除術事故調査委員会の事故調査報告書の作成過程等に及ぶ問題点が明らかになった。

15

発生した事案 その2

- 平成22年から平成26年において、外科のA医師が腹腔鏡を用いて執刀した肝臓手術患者93名のうち8名が死亡していたことが、平成26年5月に発覚。
- きっかけは、他県での腹腔鏡手術にかかる死亡事案の報道による医療安全管理部の院内ラウンド。
- 手術症例の中には、保険適用されない手術の術式も含まれていることが判明。

14

問題点

1. 医療安全管理のための体制について

- 死亡症例検討会などにおける原因分析や管理者への報告を実施できていなかったこと。
- 死亡事案が発生した際に、院内報告制度が機能しておらず、また、速やかな原因分析や改善策の立案及び職員への周知が行われていなかったこと。
- 死亡事案が連続していたにもかかわらず、ICU、手術部や看護部から報告や意見が出ておらず、**チーム医療が機能していなかった**こと。医療安全管理部門による組織横断的な対応が行えていなかったこと。

2. 上記以外の事項について

- (倫理審査体制)
- (要因分析、改善策の策定の実施等について)
- (事故調査報告書の作成過程等について)
- (診療録等への記載の不徹底について)

16

今後取り組みむべき事項

①要因分析

②再発防止策

- 一般の立場の者の視点で発言できる者の意見を反映させる
- 改善策の実効性や継続性を確保する
- 定められた改善策を守らない者がいた場合の歯止め等のため、自動的に事案や情報が収集される仕組みの構築
- 管理者及び医療安全管理部門による能動的な情報収集
- 効果的な研修の実施体制及びその研修の効果を確認する仕組みの構築
- 診療録等への記載やインフォアームド・コンセントの徹底

③医療安全対策について

- 重大な事案が発生した際は、事案を覚知した職員も、医療安全管理部門や管理者に対して報告する仕組みを整備
- 中立的な立場にある外部の者による改善策の実行状況の確認、結果の公表
- 多職種が協働で医療安全に係る取組を行うこと

社会保障審議会医療分科会から 厚生労働省への意見

1. 特定機能病院の承認取消し後の継続的な指導について
2. 高度の医療を担う病院に対する立入検査の強化について：
医療安全、医薬品安全管理体制を重点的に
3. 特定機能病院の医療安全管理体制の見直しについて：
ガバナンスの強化、「臨床研究」保険診療」「医薬品の適正使用」などのルールに基づいた診療活動を意識させる教育
4. 学会及び高度の医療を担う病院に対する要請について：
「倫理指針」の周知、高難度新規技術導入プロセスの構築

※ 本日の話題に関する資料の一部はこちらに

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

文書ライズの検索

ホーム > 検索について > 最新公開資料 > 社会保険審議会(医療分科会)

回数	開催日	議題等	議事録／議事要旨	資料等
第39回	2015年5月27日 (平成27年5月27日)	1. 東京女子医科大学病院の特定機能病院としての取扱いについて 2. 群馬大学医学部附属病院の特定機能病院としての取扱いについて 3. 臨床研究中核病院の承認審査について 4. その他	議事要旨	-
第40回	2015年4月30日 (平成27年4月30日)	1. 東京女子医科大学病院における事案について 2. 群馬大学医学部附属病院における事案について 3. その他	議事要旨	意見書
第41回	2015年4月14日 (平成27年4月14日)	1. 東京女子医科大学病院における事案について 2. 群馬大学医学部附属病院における事案について 3. その他	議事要旨	-
第40回	2015年3月27日 (平成27年3月27日)	1. 東京女子医科大学病院における事案について 2. 群馬大学医学部附属病院における事案について 3. その他	議事要旨	-

厚生労働大臣 記者会見録(平成27年4月30日)より抜粋 《社会保障審議会医療分科会の意見書について》

- 御案内のとおり、社会保障審議会医療分科会、ここで、特定機能病院としての取扱い等について御審議をいただいてまいりました。本日、同分科会におきまして、**いずれの病院についても承認の取消しが相当であるという意見書**が取りまとめられました。
- **高度な医療を提供する特定機能病院において、重大な医療安全管理上の問題が相次いで発生**をしてきておりまして、このような事態となったことは**大変遺憾**であります。

ご清聴ありがとうございました。

DPC制度等の変更点について： 診療報酬制度の基礎的な説明と、28年度改定への補足

日本病院薬剤師会 常務理事・医療政策部長
浜松医科大学医学部附属病院 教授・薬剤部長
川上 純一

(主催：一般社団法人日本病院薬剤師会、会場：日本薬学会長会研修館 長井記念ホール)

保険診療と診療報酬

保険診療とは

(＝健康保険の適用が認められる診療)

- 健康保険法等の医療保険各法に基づき、保険者と保険医療機関との間における公法上の契約により行われる診療
- 保険医療機関の指定や保険医・保険薬剤師の登録は、医療保険各法等で規定される保険診療のルールを熟知していることが前提 (療養担当規則、診療報酬点数表、健康保険法等の関係法令)

診療報酬が支払われる条件：保険医が保険医療機関において健康保険法、医師法、医療法、薬事法、保険法等の関係法令の規定を遵守し、「保健医療機関及び保険医療養担当規則」の規定を遵守し、医学的に妥当かつ適切な診療を行い、診療報酬点数料 (施設基準を含む) に定められたとおり請求を行っている。

(厚生労働省、診療報酬制度について、2012、改定)

診療報酬制度

診療報酬とは

- 保険医療機関及び保険薬局が保険医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬

- 厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会 (中医協) の議論を踏まえて決定する。中医協答申 ⇒ 厚生労働大臣告示

診療報酬の内容

技術・サービスの評価

- 診療報酬
物の価格評価 (医薬品については薬価基準で定める)

- 個々の技術・サービスは、点数化 (1点10円) して告示に記載
- 診療報酬点数表の種類：医科，歯科，調剤

(厚生労働省、我が国の医療費制度について、2011、改定)

医科診療報酬点数表の構成

基本診療料

- 外来：初診料
再診料
又は
入院：入院基本料
入院基本料等加算
特定入院料
短期滞在手術基本料

+

医学管理
等

- 在宅医療
在宅患者診療・指導料
在宅療養指導管理料
同 材料加算
薬剤料
特定保険医療材料

+

特掲診療料*

- (手技料＋薬剤料＋診療材料)
- 検査
画像診断
処置
調剤料
処方料
薬剤料
特定保険医療材料
処方せん料
調剤技術基本料
注射
注射料
注射薬材料
無菌薬剤処理料
薬剤料
特定保険医療材料
リハビリ
精神科専門療法
処置
手術
麻酔
放射線治療
病理診断

* 特掲診療料とは、基本診療料として一括して支払うことが妥当でない特別の診療行為に対して個々に点数を設定し、評価を行うもの。

(厚生労働省、診療報酬制度について、2012、改定)

DPC/PDPS導入の経緯(2)

- ※「DPC/PDPS」について
「DPC: Diagnosis Procedure Combination 診断群分類」
Diagnosis 診断
Procedure 処置(手術、検査等)
Combination 組み合わせ
- 「PDPS: Per-Diem Payment System 1日当たり包括支払い制度」
Per-Diem 1日当たり
Payment System 支払い制度

- ※「DPC」という呼称については、
① 診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度
② 患者分類としての診断群分類
本来DPC (Diagnosis Procedure Combination) は②の意味で作られた略称であり、①を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があったことを踏まえ、支払制度としてのDPC制度の略称についてはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) とすることで平成22年12月16日のDPC評価分科会において整理された。

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC), 2016.3.4)

調整係数見直し(1)

- (1)調整係数の見直しに係る対応
① DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目的に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換えを進めるとされており、今回改定においては、**調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置き換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。**
〔医療機関Aの暫定調整係数〕
=〔(医療機関Aの調整係数(※)) - (医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数)〕×0.25
※「調整係数」は制度創設時(平成15年)の定義に基づく
② 個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置(激変緩和)について
○ 平成24年度、平成26年度診療報酬改定においては、調整係数の置き換え等に伴う診療報酬の激変を緩和する観点から、個別医療機関の医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整する措置を講じた。
○ 今回の「暫定調整係数」の置き換えの対応(調整分の「50%」→「75%」の置き換え)等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が**2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数の調整を行う。**

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC), 2016.3.4)

DPC/PDPS導入の経緯(1)

- DPC制度(DPC/PDPS)は、平成15年4月より、閣議決定に基づき、特定機能病院を対象に導入された、**急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括支払い制度**である。

(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(平成15年3月28日閣議決定)より抜粋

急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

[平成23年1月21日中央協議会 総-3-1(抜粋)]

- DPC/PDPSの導入に先立って、平成10年11月から国立病院第10病院における1入院当たりの急性期入院医療包括支払い制度の試行が実施された(平成16年3月まで)。
- 制度導入前に実施された包括支払い制度の試行において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示されたことから、在院日数に応じた**1日あたり定額報酬**を算定する、という現在のDPC/PDPSが導入された。

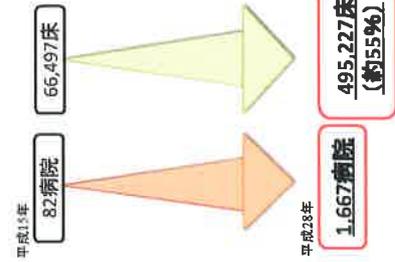
(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC), 2016.3.4)

DPC対象病院の変遷

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成28年4月1日見込みで**1,667病院・約49万床**となり、**全一般病床の約55%**を占めるに至っている。

【DPC対象病院数の変遷】

年度	及び	テータの時期	病院数	一般病床数
平成15年度	対象病院	(H15年4月)	82	66,497
平成16年度	対象病院	(H16年4月)	144	89,330
平成18年度	対象病院	(H18年4月)	359	176,395
平成20年度	対象病院	(H20年7月)	713	286,088
平成21年度	対象病院	(H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度	対象病院	(H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度	対象病院	(H23年4月)	1,447	466,382
平成24年度	対象病院	(H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度	対象病院	(H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度	対象病院	(H26年4月)	1,585	492,206
平成27年度	対象病院	(H27年4月)	1,580	484,081
平成28年度	対象病院	(H28年4月) (見込み)	1,667	495,227
(参考) 全一般病院(※) (平成28年度医療施設調査)			7,426	894,216



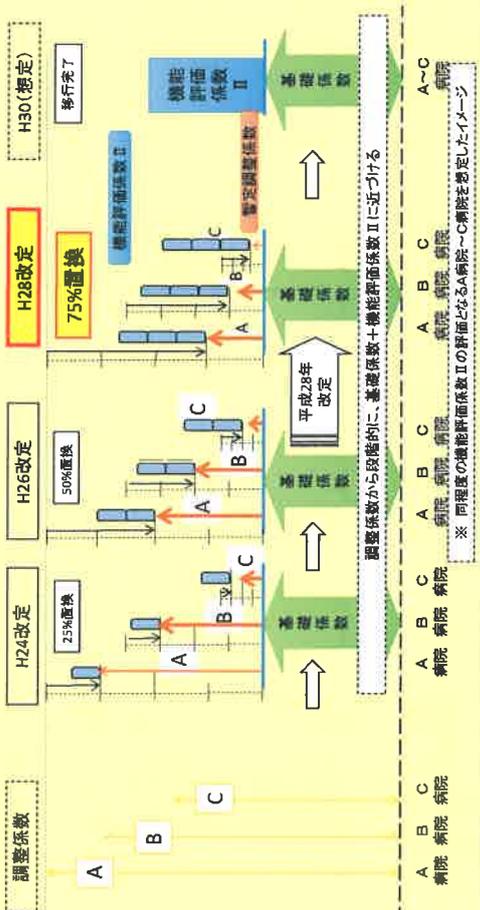
※一般病院とは、精神科のみを有する病院、結核病院のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC), 2016.3.4)

調整係数見直し(2)

調整係数の置き換え

▷ DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目的に段階的に基礎係数と機能評価係数IIへ置き換えを進め、今回の改定において引き続き段階的に基礎係数と機能評価係数IIへ置き換えを進める。



(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC), 2016.3.4)

機能評価係数 I の見直し(1)

機能評価係数 I とは

▷ 機能評価係数 I については、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員」に対して算定される加算Iや「入院基本料の補正値」等を機能評価係数 I として評価する。

1. 「入院基本料の差額」を評価

診断群分類点数表は、「一般病棟10対1入院基本料」を基本として作成されており、それぞれ入院基本料について、「一般病棟入院基本料10対1」の差額に係る評価を行う。

2. 「入院基本料等加算」等

「当該医療機関においてDPC包算定をする全入院患者が算定する加算」等について評価する。

(例)	
一般病棟7対1入院基本料	
専門病院7対1入院基本料	
専門病院10対1入院基本料	
特定機能病院7対1入院基本料	
特定機能病院10対1入院基本料	

(例)	
総合入院体制加算	
医師事務補助体制加算	
診療録管理体制加算	
検体検査判断料	

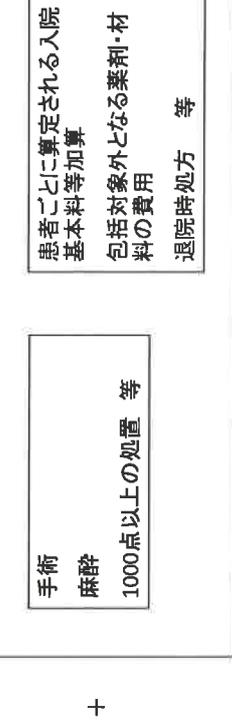
(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC), 2016.3.4)

DPC制度における診療報酬の算定方法

包括評価部分(ホスピタリィー的報酬部分)



出来高評価部分(ドクターフィー的報酬部分、包括対象外等)



(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC), 2016.3.4)

「入院基本料等加算」

機能評価係数 I として評価

評価項目	加算項目	概要	
医療機関の評価	A200	総合入院体制加算	
	A204	施設設置費支拂削減入院診療加算	
	A204-2	施設整備削減入院診療加算	
	A207	医師事務補助体制加算	
	A207-2	医師事務補助体制加算	
	A234	医療安全対策加算	
	A234-2	感染防止対策加算	
	A244	病棟薬剤管理加算	
	A245	電子処方箋加算	
	A250	精神科入院診療管理加算	
病棟の評価	A232-2	精神科病棟稼働体制加算	
	A243	検査医薬品使用体制加算	
	A207-3	急性期看護補助体制加算	⇒ 夜間25時1分から30時1への変更、夜間看護体制加算の新設
	A207-4	看護職員看護補助加算	⇒ 12時1加算1.2、16時1加算への部分化
	A218	看護補助加算	
	A218-2	看護補助加算	⇒ 夜間7時1看護補助加算加算、夜間看護体制加算の新設
	A219	看護補助加算	
	A220	看護補助加算	
	A220-2	看護補助加算	
	A221	看護補助加算	
診療科の評価	A219	HIV感染者療養環境特別加算	
	A220	二類感染症患者療養環境特別加算	
	A220-2	重症患者療養環境特別加算	
	A221	重症患者療養環境特別加算	
	A222	重症患者療養環境特別加算	
	A222-2	重症患者療養環境特別加算	
	A223	診療所併設病棟療養環境加算	
	A223-2	診療所併設病棟療養環境加算	
	A223-2	診療所併設病棟療養環境加算	
	A223-2	診療所併設病棟療養環境加算	

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC), 2016.3.4)

機能評価係数Ⅱの見直し(1)

機能評価係数Ⅱの新項目

➢ 重症度指数を追加した8指数により評価を行う。

✓ 診断群分類点数で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価

現行	平成28年度改定
① 保険診療指数	➡見直し ① 保険診療指数
② 効率性指数	➡見直し ② 効率性指数
③ 複雑性指数	➡見直し ③ 複雑性指数
④ カバー率指数	➡見直し ④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	➡見直し ⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	➡見直し ⑥ 地域医療指数
⑦ 後発医薬品指数	➡見直し ⑦ 後発医薬品指数
	⑧ 重症度指数

評価指数の計算方法

当該医療機関における(包括範囲出来点数)÷(診断群分類点数)×(包括点数)を評価する。
(ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日までの包括範囲出来点数は除外する。)

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC)、2016.3.4)

後発医薬品の使用促進等について

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、各評価項目に於いて加点・減点を行う。)

0.05点加点	<ul style="list-style-type: none"> 適切な保険診療の普及のための教養に向けた取組の評価(1群のみ) 適切な公費(平成29年度より)
0.05点減点	<ul style="list-style-type: none"> 適切なDPCデータの届出(様式間の記載矛盾による評価) 適切な医療コードによるレポートの請求 適切な後発医薬品の処方(1群のみ)

④ カバー率指数

血球においては、最低値・最小値を30%ile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。

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定及び薬物関連の診療報酬改定の概要、2016.3.4)

(注) 数量とは薬価基準告示上の規格単位ごとに、厚生労働省が公表するマスターを示しに数えた数量をいう。
(厚生労働省、中国産後発医薬品28年度、后発改定項目について、資料(秘-1)、2016.2.10、抜粋)

機能評価係数Ⅱの見直し(2)

機能評価係数Ⅱの重み付け

➢ 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。

標準化のイメージ

具体的な設定	指数	係数	評価の考え方	標準化
保険診療	(所定の係数値のため設定なし)	1	群ごとに評価	×
効率性	97.5%ile値 : 2.5%ile値	0	全群共通で評価	○
複雑性	97.5%ile値 : 2.5%ile値	0	群ごとに評価	○
カバー率	1.0	0(※1)	群ごとに評価	×
救急医療	97.5%ile値 : 0(※2)	0	全群共通で評価	×
地域医療(定数)	1.0	0	群ごとに評価	×
後発医薬品	97.5%ile値 : 2.5%ile値(※3)	0	全群共通で評価	○
重症度	90%ile値	10%ile値	群ごとに評価	×

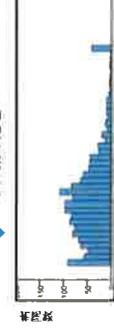
※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、血球では下限値・最小値を30%ile値とする

※2 報酬差額の評価という観点から設定する。※3 上限値は70%とする。

※4 分散が均等となるように標準化を行う(標準化対象の分散の平均値へ標準化)。



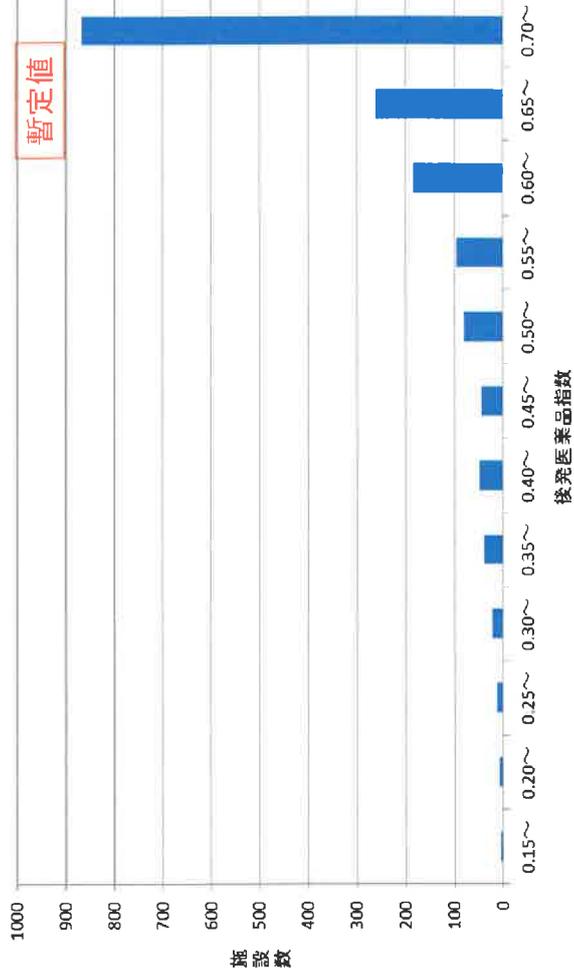
各重み係数の分散に1.59乗の処理



対象の係数の分散が一定になるように標準化を行う。

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定説明(DPC)、2016.3.4)

機能評価係数Ⅱ：後発医薬品指数(=数量シェア) 後発医薬品指数の分布(全病院)



(厚生労働省、中国産後発医薬品28年度、后発改定項目について、資料(秘-3)参考1)、2016.1.27)

DPC/PDPS (急性期入院医療の診断群分類) に基づく定額報酬算定制度の見直し：持参薬の取扱い

対応方針 (案)：

- 持参薬に係るルールは現行を継続するが、やむを得ない理由がある場合に限る事を明確化する。また、データを提出頂いて今後更に検討することとしてはどうか。
- 次回改定以降の持参薬の取扱いとして、入院の契機となる傷病の治療に係る薬剤を特参させるとは、引き続き原則禁止とする (特別な理由がある場合には別途記載を求めるとする)。
- また、特別な理由として『臨時採用薬が使用可能となるまでの入院初期 (2日程度) の持参薬使用』や『退院後不要となる薬剤の使用』等は了解可能であるが、『病院の方針』や『医師の方針』などの、本来望ましくない理由を特別な理由としての持参薬使用は認められないこととする。
- 加えて、持参薬を使用した場合には使用量も含めたデータ入力を求めることとしてはどうか。また、次回以降に降診療報酬改定においては当該データを用いて議論を行う。

(厚生労働省、中医協幹会第320回、診療報酬基本問題小委員会からの報告について、平成28年度改定に向けたDPC制度(DPC/PDPS)の対応について検討結果、資料(総-1)、2015.12.16、抜粋)

退院患者調査の見直し

退院患者調査(DPCデータ)に関する経過措置まとめ

- > それぞれの項目に適切な経過措置を設ける。

項目	病種別	対象病種	内容	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度 (Hファイル)	全病院	7対1、10対1、地域包括ケア (評価票により評価を行うことが必要な病種)	医療看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
詳細な診療行為の提出 (EFファイル)	全病院	精神科グループ・その他病種グループ (療養病種、地域包括ケア病種など)	診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。これまでは一部の入院料が対象となっていないかつたが、療養病種入院基本料や精神科の特定入院料等を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月末まで (6ヶ月)
持参薬を出力 (EFファイル)	DPC対象病院・専続病院	7対1、10対1 (DPC対象病種)	持参薬を使用した場合に、薬剤名、使用料を出力	平成28年9月末まで (6ヶ月)
14桁コードを出力 (O7ファイル・レセプト)	DPC対象病院	7対1、10対1 (DPC対象病種)	① 出来高請求のDPCコードに該当する場合 ② 高調薬において、告示されているDPCコードに該当する場合 ③ 算定しているDPCコードの入院日数を超えた場合	平成28年9月末まで (6ヶ月)
(参考) データ提出加工	10対1 (200床以上) の病院	全病種		平成28年3月末まで (1年間)

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定の概要(DPC制度関連部分)、2016.3.4)

退院患者調査の見直し

退院患者調査 (DPCデータ) の見直し

EF統合ファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
持参薬	EFファイル出力する患者	持参薬を使用した場合は薬剤ごとに出力。	持参薬の検討のため、EFファイルに点数情報を含むて記載を求めるとする。
医療区分・ADL区分	療養病種に入院する患者	医療区分・ADL区分の記載。	データ提出加工の対象が療養病種にも拡大された。また、次の医療・介護の同時改定等に向けて、医療区分のあり方について抜本的な調査や検討を求めるとする。(診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより)

Dファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
診断群分類番号	一部の包括評価対象外の患者	DPCコード (14桁) の記載 対象の拡大と出来高請求理由の記載	包括評価の対象外の患者についても、以下の場合にはDPCコードを記載 ① 出来高請求のDPCコードに該当する場合 ② 高調薬において、告示されているDPCコードに該当する場合 ③ 算定しているDPCコードの入院日数を超えた場合

Hファイル

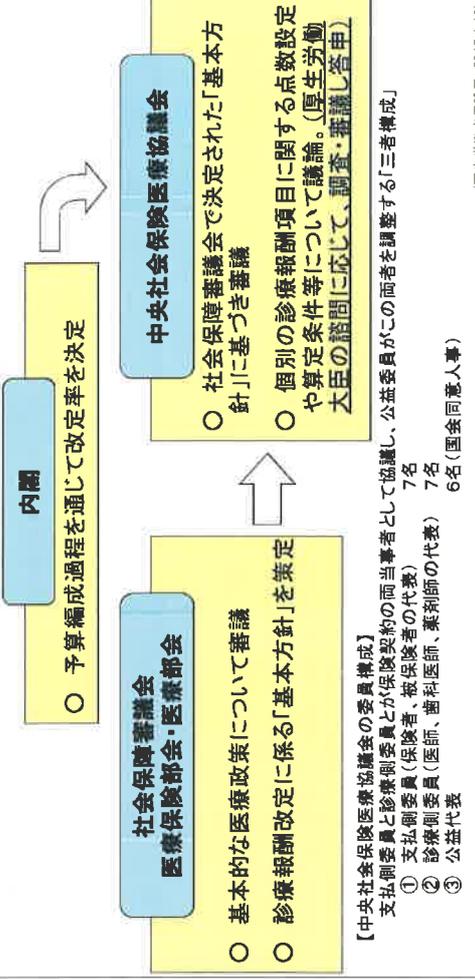
項目名	対象患者	内容	考え方
重症度、医療・看護必要度	7対1、10対1、地域包括ケア (評価票により評価を行うことが必要な病種) への入院患者	重症度、医療看護必要度の各項目の記載。	7対1病種等においてデータ提出加工の届出が事件化されるなか、提出データに「重症度、医療・看護必要度」を含めることで、データに基づいたより的確な分析が可能になると考えられる。(診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」のとりまとめより)

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定の概要(DPC制度関連部分)、2016.3.4)

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



(厚生労働省、2015.11.19)

産出各分野における効率化等(診療報酬改定)

(1) 診療報酬本体

＋0.49% (国費＋498億円)

各科改定率
 内科 ＋0.56%
 歯科 ＋0.61%
 薬剤 ＋0.17%

(2) 薬価等

① 薬価 ▲1.22% (国費▲1,247億円)

※ 上記のほか、
 ・市場拡大再算定による薬価の見直し(国費▲200億円)
 ・年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施(国費▲282億円)
 等により国費▲502億円(3)に後述)

② 材料 ▲0.11% (国費▲115億円)

(3) 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項
(国費▲609億円)

- ① 医薬品価格の適正化 (国費▲502億円)
 - ・新規収載された後発医薬品の価格引下げ
 - ・後発医薬品の数量シェア目標の引上げを踏まえた長期収載品の特例的引下げの基準見直し
 - ・市場拡大再算定による薬価の見直し、年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施
- ② 大型門前薬局等に対する評価の適正化 (国費▲38億円)
- ③ 経腸栄養製剤に係る給付の適正化 (国費▲42億円)
- ④ その他(湿布薬の1処方当たりの枚数制限等) (国費▲27億円)

○ 全体で国費 ▲1,495億円(28年度予算ベース)、医療費 ▲6,200億円程度(平年度ベース)

(料高指、平成28年度予算のポイント、平成28年度予算政府案、2015.12.24閣議決定)

入院医療の機能分化・強化

一般病棟入院基本料の評価の見直しの概要

重症度、医療・看護必要度の見直し

急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、「重症度、医療・看護必要度」の見直しを行う。

7対1入院基本料の基準の見直し

「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合を15%→25% (※)に引き上げ、在宅復帰率の見直し
 ・在宅復帰率の基準を75%→80%に見直し

※ 許可病床数が2000病床未満の施設医療機関であって、病棟群単位による届出を行っていない施設医療機関にあっては、平成30年3月31日までに届出、基準を満たす患者が23%以上であることとする。

重症患者を受け入れている10対1病棟に対する評価

「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者の受け入れに対する評価の充実

病棟群単位による届出の評価

7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、平成28年4月1日から2年間、7対1病棟と10対1病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定の概要、2016.3.4)

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

II 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
- 難病法の施行を踏まえ難病患者への適切な医療の評価
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

III 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効果的で質の高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進
- 明細書無料発行の推進

IV 効率化・適正化を通して精度の特長可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進、価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進
- 患者本位の医薬品開発を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定の概要、2016.3.4)

医療機能に応じた入院医療の評価について①

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

【現状基準】

A項目2点以上かつB項目3点以上

- [A項目]
- 1 胸痛(①胸痛の処置(準備の処置を除く。)、②胸痛の処置)
 - 2 呼吸ケア(③酸素吸引のみの場合を除く。)
 - 3 点滴ライン同時3本以上の管理
 - 4 心電図モニター管理
 - 5 シリンジポンプ管理
 - 6 輸血や血液製剤管理
 - 7 専門的な治療・処置
- [B項目]
- 1 抗悪性腫瘍剤の使用(注1のみのみ)
 - 2 抗悪性腫瘍剤の内服管理、経皮的血管内治療、経皮的中心静脈カテーテル治療、侵襲的な消化器治療等
 - 3 救急輸送
 - 4 認知症・せん妄の症状

【改定後】

A項目3点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はB項目3点以上

- [A項目]
- 1 胸痛(①胸痛の処置(準備の処置を除く。)、②胸痛の処置)
 - 2 呼吸ケア(③酸素吸引のみの場合を除く。)
 - 3 点滴ライン同時3本以上の管理
 - 4 心電図モニター管理
 - 5 シリンジポンプ管理
 - 6 輸血や血液製剤管理
 - 7 専門的な治療・処置
 - 8 抗悪性腫瘍剤の使用(注1のみのみ)
 - 9 抗悪性腫瘍剤の内服管理、経皮的血管内治療、経皮的中心静脈カテーテル治療、侵襲的な消化器治療等
 - 10 救急輸送
 - 11 認知症・せん妄の症状
 - 12 救急輸送
 - 13 救急輸送
 - 14 救急輸送
 - 15 救急輸送
- [B項目]
- 16 救急輸送
 - 17 救急輸送
 - 18 救急輸送
 - 19 救急輸送
 - 20 救急輸送
 - 21 救急輸送
 - 22 救急輸送

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定の概要(資料)、2016.3.4)

医療機能に応じた入院医療の評価について②

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	病態観察 (①)病態の把握(術後の処置を除く)、(②)病態の把握	なし	あり	あり
2	呼吸ケア(酸素吸入のみを除く)	なし	あり	あり
3	点滴ライン(同時二本以上)の管理	なし	あり	あり
4	心電図モニター	なし	あり	あり
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	あり
6	輸血や輸液製剤の管理	なし	あり	あり
7	専門的な治療・処置 (①)抗凝固薬投与の管理(注射剤のみ)、 (②)抗凝固薬投与の内服の管理、 (③)疼痛の管理(注射剤のみ)、 (④)疼痛の内服(注射剤のみ)、 (⑤)排便の管理、 (⑥)尿排泄の管理、 (⑦)尿排泄の管理(注射剤のみ)、 (⑧)抗がん剤投与の管理(注射剤のみ)、 (⑨)抗がん剤投与の内服の管理、 (⑩)ドレーンの管理、 (⑪)ドレーン交換の管理	なし	あり	あり
8	検査結果の把握	なし	あり	あり
B	患者の状況	できる	1点	2点
9	経路管理	何につかまればできる	できなし	あり
10	移動	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔ケア	介助なし	一部あり	全あり
12	食事管理	介助なし	一部あり	全あり
13	衣服の着脱	介助なし	一部あり	全あり
14	入浴	なし	一部あり	全あり
15	排泄行動	なし	一部あり	全あり

[各入院科・加算]・加算における該当患者の基準

項目	基準
7 対1入院基本料	重症必要加算(10対1) 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料
8 対1入院基本料	重症必要加算(10対1) 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料
9 対1入院基本料	重症必要加算(10対1) 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料
10 対1入院基本料	重症必要加算(10対1) 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料
11 対1入院基本料	重症必要加算(10対1) 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料
12 対1入院基本料	重症必要加算(10対1) 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料
13 対1入院基本料	重症必要加算(10対1) 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料
14 対1入院基本料	重症必要加算(10対1) 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料
15 対1入院基本料	重症必要加算(10対1) 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料

重症度、医療・看護必要度の評価の対象となる処置等の実施者

○ チーム医療の推進により、薬剤師や理学療法士等の様々な職種が、病棟において処置・介助等を実施する機会が増えているが、現在の「重症度、医療・看護必要度」の評価においては、基本的には、看護職員以外の職種が実施した場合や評価の記録は、評価の対象となっていない。

＜看護職員以外の職種が実施することのある処置・介助等の例＞

項目の例	評価対象となる処置等の内容	看護職員以外に実施することが考えられる職種の例
A項目	「7 専門的な治療・処置」 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	薬剤師
B項目	「8 嚥下」 「12 口腔清潔」 「13 食事摂取」	理学療法士、作業療法士等 歯科衛生士 管理栄養士

こうした項目も、看護職員が処置等を実施し記録した場合のみが、「重症度、医療・看護必要度」の評価の対象となっている。

医療機能に応じた入院医療の評価について③

「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

項目の変更、チーム医療の推進に伴い、評価の対象場所、評価者等について見直しを行う。

項目	変更内容
【評価の対象】	届出している入院患者を算定している患者 (※短期滞在患者を算定する患者は除外)
【評価対象場所】	当該診療(治療)室のみを評価の対象とするが、放射線治療及び放射線治療(外照射)以外は、当該診療(治療)室内以外で実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含まれない。 【評価対象の処置・介助の実施者】 当該診療(治療)室に所属する看護職員でなければならぬ。 【評価の根拠】 医師の接近記録と当該診療(治療)室に所属する看護職員が実施した処置・観察の記録となる。 【評価者】 院内研修を受けたもの。

項目の変更に伴い、該当患者割合及び評価方法に係る経過措置を設ける。

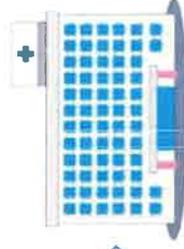
項目	経過措置
該当患者割合	7対1入院基本料、重症必要加算(10対1)、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料
評価率	7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要加算、総合入院基本料、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(10対1)、特定集中治療管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア療養入院料、特定一般療養入院料(注7)
研修	平成28年9月31日以前は、平成28年度診療報酬改定の評価率を用いて算定し、平成28年9月31日以後は、平成28年度診療報酬改定の評価率を用いて算定する。平成28年9月31日以前は、「重症度、医療・看護必要度」の算定を凍結しているものとする。

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



必要に応じて適切に紹介・逆紹介等



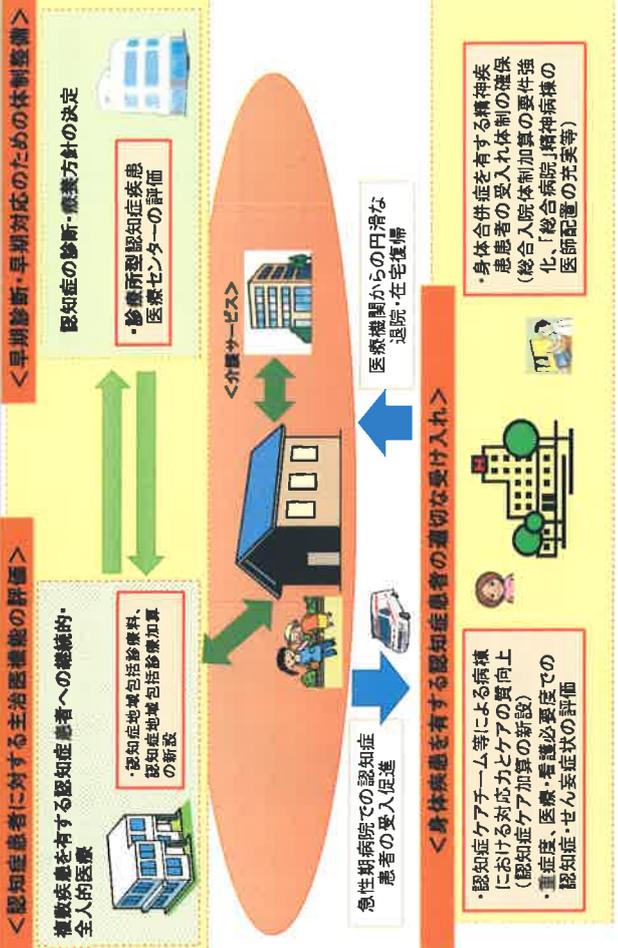
患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

専門的な診療を提供する地域の拠点となるような病院

- ・認知症に対する主治医機能の評価
 - ・小児に対するかかりつけ医の評価
 - ・地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和
- (※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を提供

紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」を踏まえた認知症患者への適切な医療



(厚生労働省, 平成29年度診療報酬改定関係資料, 平成29年度診療報酬改定の概要, 2016.3.4)

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

現行	100点
改定後	100点
	病棟薬剤業務実施加算1(週1回)
	80点
	(新) 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)



【病棟薬剤業務実施加算2の主な算定要件】

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。
- ③ 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1週間につき20時間以上病棟薬剤業務を実施していること。

併せて、薬剤管理指導料の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合(420点)」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合(325点)」に統合する。

【薬剤管理指導料】	325点
1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合	430点
2 特に安全管理が必要な医薬品が処方又は注射されている患者に対して行う場合(1に該当する場合を除く)	380点
3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合	325点
【薬剤管理指導料】(別表)	380点
1 特に安全管理が必要な医薬品が処方又は注射されている患者に対して行う場合	380点
2 1以外の患者に対して行う場合	325点

(厚生労働省, 平成29年度診療報酬改定関係資料, 平成29年度診療報酬改定の概要, 2016.3.4)

対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
認知症+1疾患以上	担当医を決め、療養上の指導、他の医療機関での受診状況等の把握、服薬管理、健康増進	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援診療所であること
下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	・介護保険に属する対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・専任医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
認知症+1疾患以上		内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
認知症+1疾患以上		(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の患者、画像診断、加算等以外の費用は、当該点数に含められる。
 ※2 地域包括診療料に属する2次救急対応診療料の施設基準については、平成28年度改定までは、平成28年度改定において3人から52人へ緩和。
 ※3 地域包括診療料加算に属する常勤医師の施設基準については、平成28年度改定においては、平成28年度改定において3人から52人へ緩和。

(厚生労働省, 平成29年度診療報酬改定関係資料, 平成29年度診療報酬改定の概要, 2016.3.4)

認知症患者への適切な医療の評価

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新) 認知症ケア加算1	14日以内の期間	150点(1日につき)
	15日以上	30点(1日につき)
(新) 認知症ケア加算2	14日以内の期間	30点(1日につき)
	15日以上	10点(1日につき)

- ・身体的拘束を要した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定
 - ・対象患者は、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上(※)に該当する者。
- 【算定要件】
- 【施設基準】
- 【認知症ケア加算1】
- (1) 認知症ケアチームと連携して認知症状態を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
 - (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- 【認知症ケア加算2】
- 病棟において、認知症状態を考慮した看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。

- 【施設基準】
- 【認知症ケア加算1】
- ① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
 - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の医師(精神科・神経内科の経験5年以上又は適切な研修を修了)
 - イ 認知症患者の看護に必要となる経験5年以上有する適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
 - ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。
- 【認知症ケア加算2】
- ① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修(9時間以上)を受けた看護師を専任配置すること。
 - ② 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

(厚生労働省, 平成29年度診療報酬改定関係資料, 平成29年度診療報酬改定の概要(医療), 2016.3.4)

病棟薬剤業務実施加算2：DPC関連通知(案)より

③ 診断群分類点数表等により算定される診療報酬
 診断群分類点数表には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、①に掲げる点数(②に掲げる点数の費用を除く。)の費用が含まれるものとする。なお、②に掲げる点数の費用のほか、診断群分類点数表に含まれていない費用については、医科点数表又は歯科点数表により算定する。

① 診断群分類点数表に含まれる費用
 ア 第1章第2部第1節 入院基本料
 イ 第1章第2部第2節 入院基本料等加算 <以下、略>

② ①に掲げる点数の費用から除かれる費用
 ア 入院基本料のうち、<以下、略>

イ 入院基本料等加算のうち、A205救急医療管理加算からA206在宅患者緊急入院診療加算まで、A208乳幼児加算・幼児加算からA213看護配置加算まで、A219療養環境加算からA233-2栄養サポートチーム加算まで、A234-3患者サポート体制充実加算、及びA236褥瘡ハイリスク患者ケア加算からA243後発医薬品使用体制加算まで、
 A244病棟薬剤業務実施加算(2に限る。)、及びA246退院支援加算からA250薬剤総合評価調整加算までに掲げる費用

P.41
 (4) 特定入院料の取扱い
 <略>、特定入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算は、次に掲げるものとする。

① A300救命救急入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
 ア A244病棟薬剤業務実施加算(2に限る。)

(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、IV-3 DPC(第3部 通知)、第3節 関係通知(案)、2016.3.4、抜粋)

A244 病棟薬剤業務実施加算：留意事項の変更点

(2) 病棟薬剤業務実施加算の「1」については、区分番号「A100」一般病棟入院基本料、区分番号「A101」療養病棟入院基本料、区分番号「A102」結核病棟入院基本料、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料又は区分番号「A105」専門病院入院基本料のいずれかを算定している患者に対して、病棟薬剤業務実施加算の「2」については、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院治療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、薬剤師が病棟において病棟勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に算定する。

(3) 病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。
 ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったとき、は、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供する事。
 i 医薬品緊急安全性情報、安全性速報
 ii 医薬品・医療機器等安全性情報
 iii 医薬品・医療機器等の回収等

(4) 病棟薬剤業務の実施に当たっては、次の点に留意すること。
 ウ 病棟薬剤業務実施加算を算定できないは、特定入院料に含まれるものであるで、これに係る病棟又は治療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。

(厚生労働省、診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)、保医発(304)第3号、2016.3.4、抜粋改定)

経過措置等について	
項目	経過措置
13 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療機関の見直し	・平成28年1月1日において期改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の詳細に係る届出を行っている場合は、平成30年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。 ・現行のがん性疼痛緩和指導管理料とは、平成29年3月31日を以て廃止とする。
14 がん性疼痛緩和指導管理料の見直し	・当該保険医療機関における過去1年の当該管理料の平均継続回数に関する基準については、平成29年7月1日算定分から適用する。
15 ニコチン依存症管理料の要件見直し	・平成29年3月31日までは、コンタクトレンズの自施設交付料等の要件を満たしているものとする。
16 自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し	・当該加算のイ(通院する患者)について、当該患者の通院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合、平成30年3月31日までは、通院要約を含みなくともよいものとする。
17 診療情報提供料(1) 検査・画像情報提供加算	・検査結果等の閲覧により評価する事なくともよいものとする。
18 電子的診療情報提供料	・改定前の薬剤管理指導料の1(救命救急入院料等を算定している患者)に対して行う場合は、平成28年3月31日までは、なお効力を有するが、救命救急薬剤加算2との併算はできない。
19 救命救急入院料等における薬剤管理評価料の評価の見直し	・在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅医療支援診療所の施設基準を満たさないものは、在施設及び施設外について、所定点数の80/100を算定すること。平成28年3月31日時点まで在宅医療支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。
20 在宅医療専門の医療機関に関する評価	・在宅医療支援診療所以外の保険医療機関であって、歯科訪問診療の法13に規定する基準を満たさないものは、法13に規定する点数(歯科初診料・歯科再診料に相当する点数)を算定すること。平成29年3月31日までの間は歯科訪問診療料1.2.3により算定できる。
21 在宅医療専門の医療機関に関する評価	・在宅医療支援診療所について、主として歯科訪問診療を実施する診療所については新たな要件が追加されるが、平成28年3月31日時点まで在宅医療支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。
22 在宅医療支援診療科診療所の要件追加	・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームに居住する患者であって、平成28年3月以前に当該居住に居住している患者は、在宅時医学総合管理料を算定した患者については、平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を算定できることとする。
23 在宅時医学総合管理料の対象となる住居	(厚生労働省、平成28年度診療報酬改定関係資料、平成28年度診療報酬改定の概要(医科)、2016.3.4、加算)

A244 病棟薬剤業務実施加算：届出の手続き

様式 400.4
 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出に係る施設基準適用加算の区分(届出を行うもの全てに○を付す)
 () 病棟薬剤業務実施加算1
 () 病棟薬剤業務実施加算2

2 病棟薬剤業務の実施体制
 所属 当施設で算定している入院料 専任薬剤師の氏名

3 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に適やかに提供する方法

4 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

5 新たに施設基準が創設されたことにより、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの
 ・病棟薬剤業務実施加算2
 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの
 ・病棟薬剤業務実施加算1
 (厚生労働省、臨床診療科の施設基準等及びその届出に関する年報書の取扱いについて(通知)、保医発(304)第1号、2016.3.4、抜粋)

6 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

[記載上の注意]
 1 「12」については、当該加算を算定する入院料(障害者施設等入院基本料を除く)

新設：喘息治療管理料2（医学管理料）

喘息治療管理料	イ	1月目	75点
喘息治療管理料2	ロ	2月目以降	25点 280点

2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者（6歳未満又は65歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。（告示）

喘息治療管理料2は、6歳未満又は65歳以上の喘息の患者であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を患者に提供し、服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。
指導致に当たっては、吸入補助器具の使用方法等について文書を用いた上で患者等に説明し、指導致内容の要点を診療録に記載する。なお、この場合において、吸入補助器具に係る費用は所定点数に含まれる。（通知）

（診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示）、厚生労働省告示第52号、医学管理料等、2016.3.4.抜粋）
（厚生労働省、診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）、保医発0304第3号、2016.3.4.抜粋）

日病薬：平成28年度診療報酬改定要望事項

重点要望事項

1. 病棟薬剤業務実施加算の算定対象の拡大
2. 薬剤管理指導料「2」の対象薬剤の拡大
3. 無菌製剤処理科「1」の対象の見直し
4. ハイリクス薬を服用する外来患者に対する薬学的管理の評価
5. 周術期患者への薬剤師の薬学的管理に対する評価
6. 地域連携の評価
7. サリドマイド等の安全管理に対する評価

一般要望事項

1. 後発医薬品使用体制加算の算定要件の見直し
他14項目

（日本病院薬剤師会、第51回薬剤師会資料、2015.6.16.抜粋）

***** M E M O *****



ひたたくらし
みらいのたね

平成28年度診療報酬改定のポイント

厚生労働省 中井 清人

平成28年3月21日(月)
日本病院薬剤師会医療政策部セミナー

1

本日の内容

1. 関連の答申等
2. 地域包括ケアと薬剤師(病院薬剤師の役割は?)
3. 平成28年度調剤報酬改定等
4. 医薬品産業と薬剤師
5. 最後に

2

関連の答申等

3

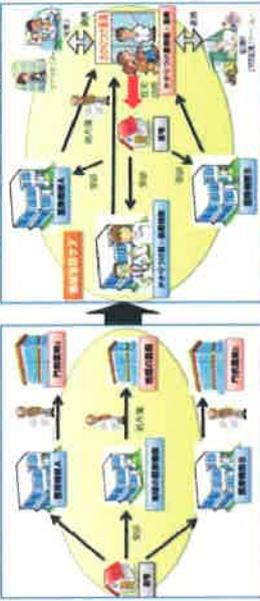
規制改革実施計画(平成27年6月30日閣議決定) <抜粋>

事項名	規制改革の内容	実施時期
薬局における診療報酬とサービス在り方の見直し	<p>地域包括ケアの推進において、薬局及び薬剤師が薬学的管理・指導を適切に実施する環境を整える観点から、かかりつけ薬局の要件を具体的に明確化するなど、薬局全体の改革の方向性について検討する。</p> <p>薬局の機能やサービスに応じた診療報酬となるように、調剤報酬の在り方について抜本的な見直しを行い、サービスの質向上と保険財政の健全化に資する仕組みに改める。門前薬局の評価を見直すとともに、患者にとってメリットが実現できる薬局の機能は評価し、実際に提供したサービスの内容に応じて報酬を支払う仕組みに改めるなど、努力した薬局・薬剤師が評価されるようにする。</p> <p>薬局においてサービス内容とその価格を利用者に分かりやすく表示し、利用者が薬局を選択できるようにする。さらに、利用者がサービスごとに利用の要否を選択できるよう、提供されたサービスを利用者が確認することも含めてサービスの提供の在り方を検討する。</p>	<p>平成27年度 検討・結論</p> <p>平成27年度 検討・結論、 次期診療報酬改定において措置</p> <p>平成27年度 検討・結論、 平成28年度 措置</p> <p>平成27年度 検討・結論</p>
保険薬局の独立性と患者の利便性向上の両立	<p>医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンセスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。</p> <p>保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。</p>	<p>平成27年度 検討・結論、 平成28年度 措置</p>

医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

○地域包括ケアのチームの一員として、薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的・継続的な薬学的管理を実施。

○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上するほか、医療費の通正化にもつながる。



◎患者がかかりつけ薬局のメリットを実感できるような調剤報酬

➤患者にとつてメリットが実感できるかかりつけ薬局を増やし、いわゆる門前薬局からの移行を推進するため、調剤報酬の例えば以下のような評価等の在り方について検討する。

- ① 在宅での服薬管理・指導や24時間対応など、地域のチーム医療の一員として活躍する薬剤師への評価
② かかりつけ薬局と連携した服薬管理に対する評価
③ 処方薬の一元的・継続的管理に対する評価
④ 薬剤師の専門性を生かした後継医薬品の使用促進に対する評価
⑤ いわゆる門前薬局に対する評価の見直し など

→ 調剤報酬を本格的に見直し、異次元に引き上げ対応するよう、今後、中央社会保険医療協議会で具体的に検討。

経済財政運営と改革の基本方針2015 ②

(薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革)

かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討するとともに、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や医師との連携による地域包括ケアへの参画を目指す。平成28年度診療報酬改定において、調剤報酬について、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証した上で、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や通正化を行い、患者本位の医薬分業の実現に向けた見直しを行う。

診療報酬については、保険医療費が国民負担によって成り立つものであることを踏まえ、改定に当たっては、前回改定の効果・保険医療費への影響の検証を行いその結果を踏まえるとともに、改定の水準や内容について国民に分かりやすい形で説明する。

経済財政運営と改革の基本方針2015 ①

(医療・介護提供体制の適正化)
外来医療費について、データに基づき地域差を分析し、重複診療・重複検査等の適正化を行うにつれ、地域差の是正を行う。

(インセンティブ改革)

個人については、健康づくりの取組等に応じたヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与を行うことにより、国民一人ひとりによる疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用、適切な受療行動を促し、個人の健康管理に係る自発的な取組を促す観点から、セルフメディケーションを推進する。

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を他業種にも積極的に展開させる。

(負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化)

医療の高度化への対応として、医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて、平成28年度診療報酬改定において、先行的に導入した上で、さらやがた本格的な導入を目指すことと、生活習慣病治療等について、費用も含めた加算の在り方等について検討する。市販薬、医療機器等の保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、高齢や医療弱者への影響等を考慮しつつ、見直しを検討する。不適切な給付の防止の在り方について検討を行う。

経済財政運営と改革の基本方針2015 ③

(薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革)

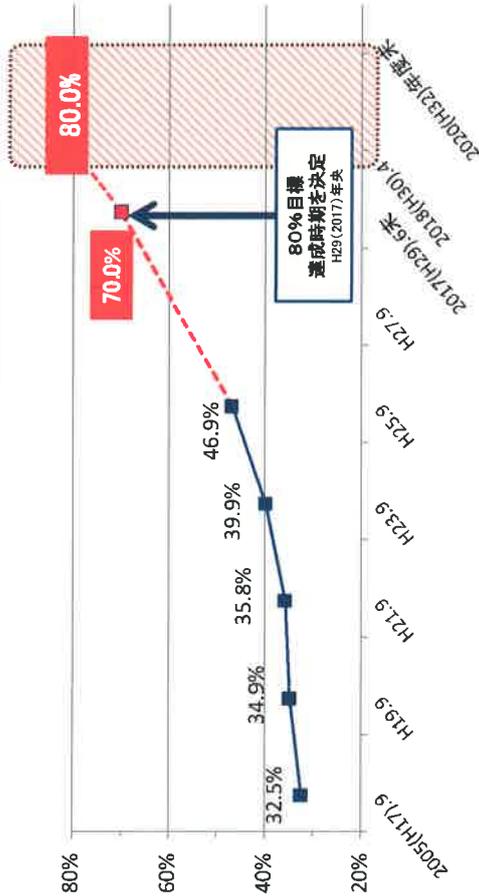
後発医薬品に係る数量シェアの目標値については、2017年(平成29年)末に70%以上とする。2018年度(平成30年度)から2020年度(平成32年度)末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする。2017年央において、その時点の進捗評価を踏まえ、80%以上の目標の達成時期を具体的に決定する。新たな目標の実現に向け、安定供給、品質等に関する信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など、必要な追加的な措置を講じる。国民負担を軽減する観点から、後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討するとともに、後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れ先発医薬品の保険制

度による評価の仕組みや在り方等について検討する。あわせて、臨床上の必要性が高く将来にわたり継続的に製造販売されることが求められる基礎的な医薬品の安定供給、成長戦略に資する創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置を検討する。

薬価については市場実勢価格を踏まえた適正化を行うとともに、薬価改定の在り方について、個々の医薬品の価値に合った価格が形成される中で、先進的な創薬力を維持・強化しながら、国民負担の抑制につながるよう、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、2018年度(平成30年度)までの改定実績も踏まえ、その類の流通改善を含めて検討する。あわせて、適切な市場価格の形成に向け、医薬品の流通改善に取り組み、医療機器の保険償還価格については、機器の流通改善に取り組みとともに、開発力の維持・強化に留意しつつ、適正化を検討する。

後発医薬品の数量シエアの推移と目標

- 数量シエア
目標
- ① 2017年(平成29年) 中に**70%以上**
 - ② 2018年度(平成30年度) から2020年度(平成32年度) 未までの間のなるべく早い時期に**80%以上**

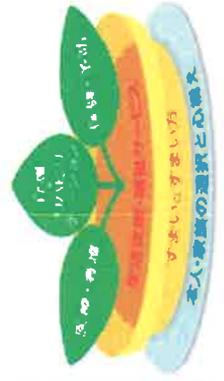


注) 数量シエアとは、「後発医薬品のある売価医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シエアをいう
厚生労働省調べ 1

地域包括ケアと薬局・薬剤師

地域包括ケアシステム(社会保障制度改革プログラム法S4③)

地域の実情に応じて
高齢者※が、可能な限り、
 住み慣れた**地域**でその有する能力に応じ
 自立した生活を営むことができるよう、
医療、介護、介護予防、
住まい及び自立した日常生活の支援が
包括的に確保される体制



【出典】地域包括ケア研究会
 「地域包括ケアシステムを構築する
 ための制度構築に関する調査研究等
 集約報告書」(H20年3月)

※ 「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」(H27年9月)では、高齢者に加えて、障害者・子ども・引きこもり・障害のある困窮者・若年認知症・高齢障害者・がん患者など、より広い地域包括ケア対象者を指す。

「あらゆる政策分野」の柱に「地域包括ケアシステムの推進」を置く!

唐澤剛氏スライド(体裁改)

- **地域医療介護ビジョン・医療計画の作成**
 医療機関の機能分化と連携、医療介護連携など
- **国民健康保険など医療保険改革**
 予防・健康づくり、医療費の重点化・効率化など
- **診療報酬・介護報酬改定**
重点事項
- **まちづくりや住宅政策**
 コンパクトシティ、地方創成など
- **ICTの活用**
 ネットワークの構築、遠隔医療、在宅医療介護
- **人材の養成確保**
 処遇改善、キャリアパス、職場環境改善(ノーリフトなど)

キーワード

地域(つながり)物語(寄り添う)生活者目線
 循環的なサービスの仕組み
 総合的なチーム医療介護
 顔の見える関係
 種の深いお医者さん
 あらゆる政策分野の柱に
 地域包括ケア推進を

医療提供体制

26年医療介護総合確保推進法

病床機能報告制度

(26年10月～)

地域医療構想

(27年度～)

地域医療構想調整会議

(27年度～)

地域医療介護総合確保基金

(26年度～)

等

医療保険制度

27年医療保険制度改革

医療費適正化計画の見直し

地域医療構想と整合的な目標の設定

- ①医療費の水準に関する目標
- ②医療の効率的な提供の推進に関する目標

医療費適正化計画のPDCAの強化

国保の財政運営責任を都道府県に移行

都道府県が、医療提供体制と医療保険の両面から責任を果たす仕組みの構築

療養病床の在り方等に関する検討会

目的

- 平成27年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院療養の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等で対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度まで廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのが等が課題となっている。
- このため、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための (1) 以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

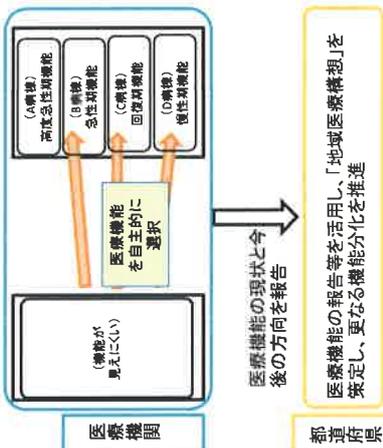
- 池崎 幸彦 (医療法人池慶会理事長、池崎病院院長)
- 井上 由紀子 (日本社会事業大学専門部副学長)
- 猪熊 博子 (読売新聞東京本社社会保険部部長)
- ◎ 遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- 馬形 裕也 (東京大学政策リサーチセンター特任教授)
- 折原 晋一 (中一発町介護老人保健施設六合つじ庄センター長)
- 橋本 好子 (慶応義塾大学元教授)
- 船木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ◎ (◎は座長、○は座長代理)
- 瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事長・総合施設長)
- 田中 洪 (慶応義塾大学名誉教授)
- 土屋 繁之 (医療法人慈雲会理事長)
- 土居 文朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- 東 秀樹 (医療法人神光園理事長・白川病院院長)
- 松田 晋樹 (産業医科大学医学部教授)
- 松本 勝利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- 武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

スケジュール

- 平成27年7月10日から、平成28年1月15日までに7回検討会を開催。
- 検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改正に向けた議論を開始。

都道府県地域医療構想(ビジョン)

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半年は策定が望ましい。)
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成(平成27年3月)。

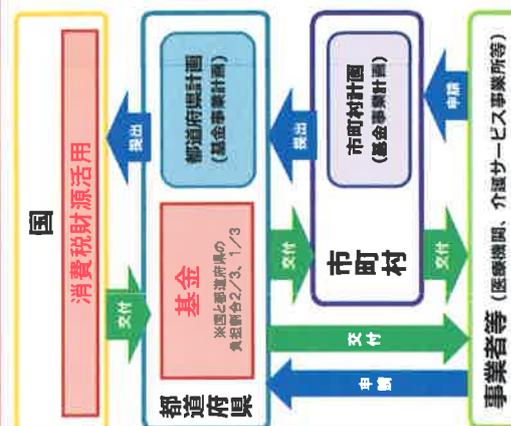


- (「地域医療構想」の内容)
- 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
 - 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
 - (例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等
- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

地域医療介護総合確保基金

○ 「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」のため、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金を、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。

⇒ 平成27年度予算: 公費で1,628億円 (医療分 904億円、介護分 724億円)



- 都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)
- 基金に関する基本的事項
 - ・ 公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・ 事業主体間の公平性及び公正性・透明性の確保
 - ・ 診療報酬・介護報酬等との役割分担
 - 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
 - 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏等を単位に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏等を単位に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
 - 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめ、都道府県計画を作成

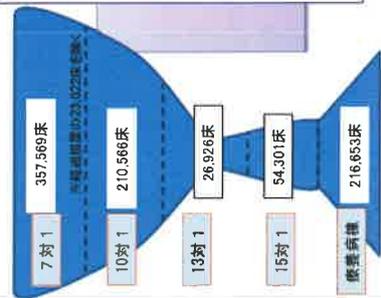
地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業(※)
- 住宅等における医療の提供に関する事業(※)
- 介護施設等の整備に関する事業(地域型介護サービス等)
- 医療従事者の確保に関する事業(※)
- 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成28年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

「次期診療報酬改定」における社会保険・税一体改革関連の基本的な考え方(概要) (平成25年9月6日 社会保険審議会 医療保険部会・医療部会)

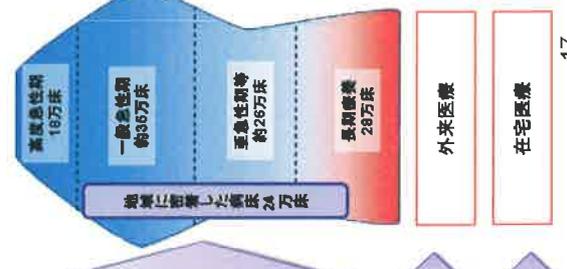
現在の姿



基本的な考え方

- <高度急性期・一般急性期>**
 - 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - 平均入院日数の短縮
 - 長期入院患者の評価の適正化
 - 重症度・看護必要度の見直し
 - 入院早期からのリハビリの推進等
- <回復期(急性期)入院医療管理料等>**
 - 回復期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - 急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価等
- <長期療養>**
 - 長期療養患者の受け皿の確保
- <その他>**
 - 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
 - 有床診療所の機能に応じた評価
- <外来医療>**
 - 外来の機能分化の推進
 - 主治医機能の評価等
- <在宅医療>**
 - 質の高い在宅医療の提供の推進
 - 在宅療養支援診療所・病院の機能強化等

<2025年(平成37年)の姿>



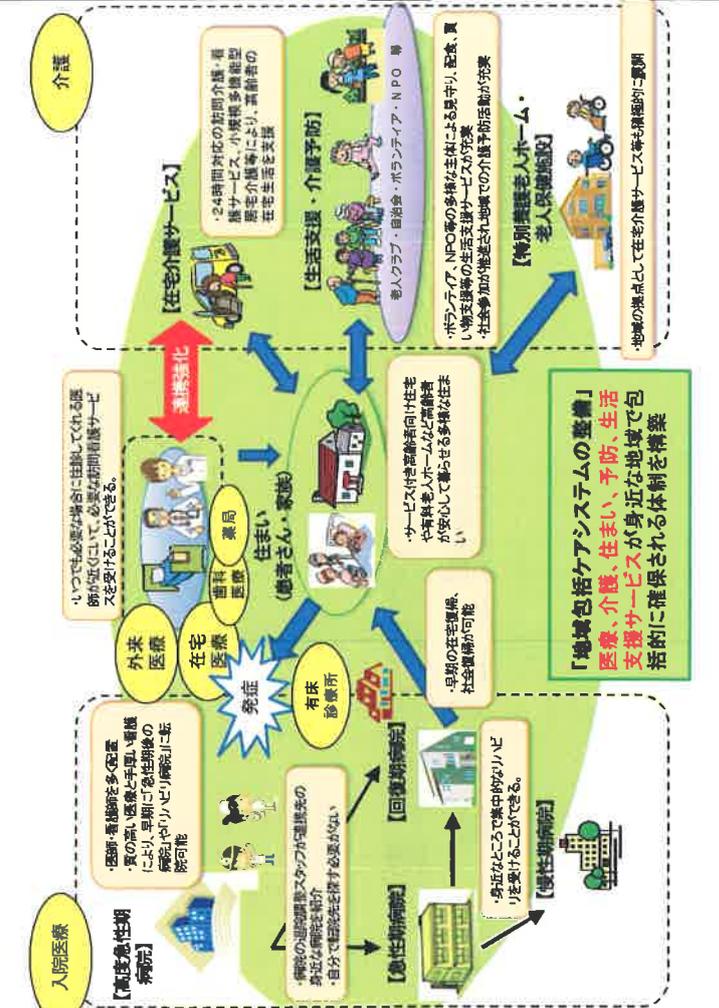
平成28年1月15日
第1回医療関係者の在り方等に関する検討会(参考資料1)



※ 介護保険法等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画額の範囲内となることに留意が必要。

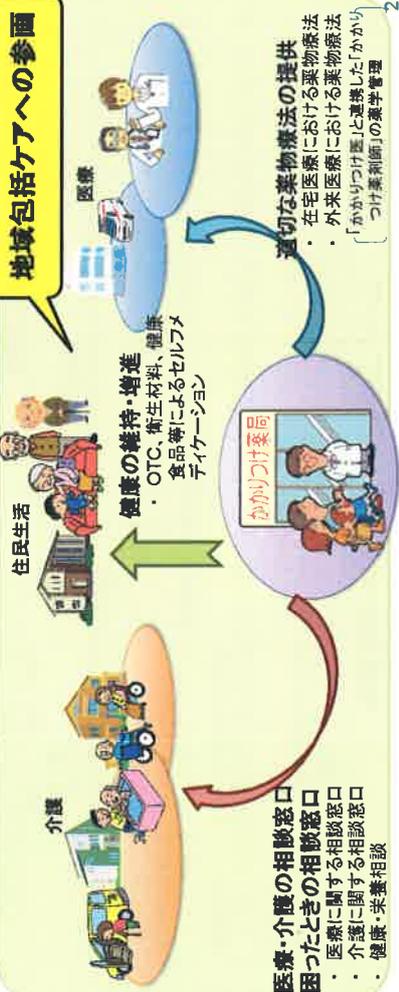
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、**地域包括ケアシステムの構築が重要。**
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- **地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師の機能のイメージ

- 薬の専門家として、住民の薬物療法全体(外来、在宅医療)について、一義的な責任を持って提供。
- 住民の健康維持・増進のためにOTC、健康食品等を提供し、その適正な使用促進による健康を確保。
- 最も気軽に相談できるファーストアクセス機能を活用し、医療・介護の住民窓口として、住民の様々な相談(健康相談、栄養相談、介護相談、医療相談等)を最初に受付(適切な相談窓口の提供など)。
- **「かかりつけ薬局・薬剤師」として、かかりつけ医等と連携しながら、上記機能を一体的に地域住民に提供することが可能となり、住民の安心・安全な生活の確保に貢献。**



平成28年度調剤報酬改定及び 薬剤関連の診療報酬改定の概要

病院薬剤師の評価等に関する経緯

<p>薬剤師の数の議論</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●平成10年12月 医療法の病院薬剤師配置の標準数の見直し <ul style="list-style-type: none"> →外来処方箋枚数、入院患者数をもとにした標準数に改正。3年後を目途に見直し。 ●平成13年10月 病院における人員配置基準に関する検討会報告 <ul style="list-style-type: none"> →変更の必然性は認められない。3年後を目途に検討。 ●平成17年12月 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」 <ul style="list-style-type: none"> →人員配置標準について検討会を設置し、これまでの経緯等を踏まえた具体的な検討を
<p>薬剤師が求められる業務の議論</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●平成19年4月 医療法改正により医療安全確保体制が義務化 <ul style="list-style-type: none"> →医薬品に係る安全管理のための体制確保、医薬品安全管理責任者の設置 ●平成19年8月 病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書 <ul style="list-style-type: none"> →業務実態等の調査結果をもとに今後の病院薬剤師のあるべき業務と役割を整理 ●平成20年6月 安心と希望の医療確保ビジョン <ul style="list-style-type: none"> →職種間の協働・チーム医療の充実(医師と歯科医師・薬剤師等との協働) ●平成22年診療報酬改定(平成22年2月12日答申書附帯意見) <ul style="list-style-type: none"> →薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。 ●平成22年4月 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について(医政局長通知)→チーム医療の推進について(報告書)を踏まえ薬剤師が可能な業務を例示 ●平成24年診療報酬改定 <ul style="list-style-type: none"> →病棟薬剤業務実施加算の新設(週1回100点、療養・精神病棟は4週制限) ●平成26年診療報酬改定 <ul style="list-style-type: none"> →病棟薬剤業務実施加算の充実(週1回100点、療養・精神病棟は6週制限)

改定の概要(改定率等)

平成28年度診療報酬改定の概要

- 2025年(平成37)年に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る。
- 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化・連携に関する充実等に取り組む。

診療報酬(本体)	+0.49%
内科	+0.56%
歯科	+0.61%
調剤	+0.17%
薬価改定	▲1.22%
材料価格改定	▲0.11%

上記のほか、市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%
年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の
実施により、▲0.28%

※ なお、別添、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え等の基礎の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養剤用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの薬布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医療」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもちて臨む。

改定の基本的視点

「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医療」等、充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。
⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。

視点1 「地域包括ケアシステム」の推進と、分化・強化・連携を一層進めること

- 「病床の機能分化・連携」の促進
- 多職種を活用した「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 等

視点2 「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等

視点3 重点的な対応が求められる医療分野を充実すること

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 認知症患者への適切な医療の評価
- イノベーションや医療技術の評価 等

視点4 効率的・適正化を通じて制度の特続可能性を高めること

- 後発医薬品の価格算定ルールの見直し
- 大型門前薬局の評価の適正化
- 費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化・連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じて医療従事者の負担軽減・人材確保
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- 質の高い在宅医療、訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- 「かかりつけ薬剤師・薬局」による薬学管理や在宅医療等への貢献による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- DPCIに基づく急性期医療の適切な評価

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質の高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するサービスの取組など医療の適正使用の推進
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進
- 明細書無料発行の推進

IV 効率化・適正化を通じて精度の持続可能性を高める視点

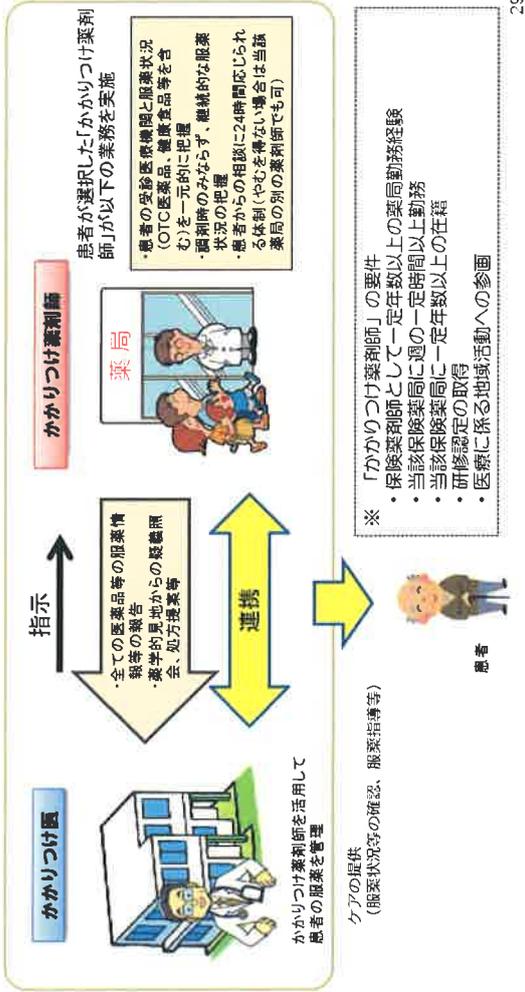
- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 熟薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・薬剤投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進
- 患者本位の医療分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

調剤報酬改定の概要

1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価

かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携

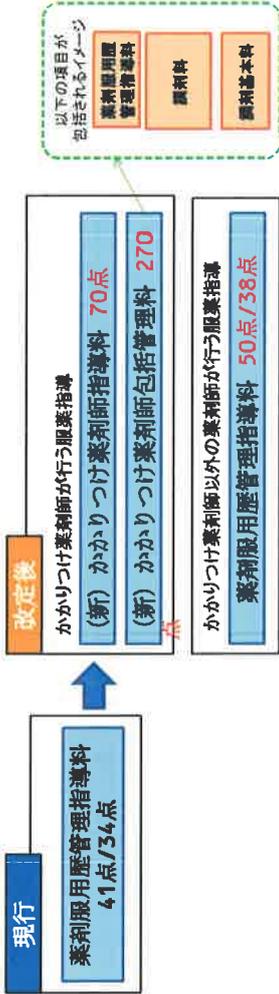
かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元的に継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。



かかりつけ薬剤師の役割

1. かかりつけ薬剤師の評価

○ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的に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。



2. 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を評価するため、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。

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

- 【算定要件】**
- 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の来局時以降に算定できる。
 - 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。
 - 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。
 - 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前を記載する。
 - 当該指導料を算定できない。
- 【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。
- 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。
 - 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。
 - 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。
 - 薬剤師認定制度認証機関が検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。(当該認定は、平成28年4月1日から施行)
 - 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師指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。)と同様に算定できない。

- 【包括範囲】**
- 下記以外は包括とする。
- 時間外追加調剤、夜間・休日追加調剤
 - 在宅患者訪問薬剤師指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る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師指導料、在宅患者緊急時等共同指導料
 - 薬剤料及び特定保険医療材料料
- 【算定要件】**
- 対象患者は、地域包括診療加算若しくは注記別添付書に地域包括診療料又は地域包括診療料を算定している患者とする。
 - 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。
 - 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医療機関を受診している医療機関を、処方せんに添付して患者に提示することにより、当該薬局に対して情報提供を行う。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

認知症に対する主治医機能の評価

➤複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も受けていない。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療料加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も受けていない。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療料加算の算定要件を満たす。

[施設基準]

地域包括診療料加算の届出を行っていること。

新	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
認知症地域包括診療料 1,515点(月1につき※1)	認知症+1疾患以上	担当医を決め、療養上の指導・他の医療機関での受診状況等の把握・服薬管理・健康管理等	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療料 1,503点(月1につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	担当医を決め、療養上の指導・他の医療機関での受診状況等の把握・服薬管理・健康管理等	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新	認知症+1疾患以上	介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療料加算 20点(再診料につき加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該薬剤に含まれる。
 ※2 地域包括診療料、2次救急指入診療料等であるとの施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。
 ※3 地域包括診療料加算の、常勤医師が3人以上との施設基準については、平成28年度改定において2人に緩和。

地域包括診療料等の施設基準の緩和

➤ 地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

現行	改定後
地域包括診療料の施設基準 病院の場合 下記の全てを満たすこと ①2次救急指入病院または救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 診療所の場合 下記の全てを満たすこと ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 地域包括診療料加算の施設基準 下記のうちいずれか1つを満たすこと ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所	地域包括診療料の施設基準 病院の場合 下記の全てを満たすこと (削減) ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 診療所の場合 下記の全てを満たすこと ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が2人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 地域包括診療料加算の施設基準 下記のうちいずれか1つを満たすこと ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が2人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

かかりつけ薬剤師が役割を發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發揮できる薬局の体制及び機能を評価するため、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	改定後
基準調剤加算1 12点	基準調剤加算 32点
基準調剤加算2 36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(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48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) 医薬小売業者の処方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
- (5) 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) 管理薬剤師の業務経験として、薬局業務経験5年以上、当該保険薬局に週22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の配慮した構造(バーナーシールドや英語が書かれた案内等)を備えていること。
- (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開局(医薬品医療機器情報提供データベース(PMDAメディナビ)への登録を義務づけ)
- (12) 健康相談又は健康改善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

基準調剤加算の要件見直し

《改定後》

《現行》	基準調剤加算1 (12点)	基準調剤加算2 (96点)	基準調剤加算 (改定)
開局時間	〇地域の保険医療機関や患者の需要に対応した開局時間		〇平日は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48時間以上開局
備蓄品目	〇700品目以上	〇1,000品目以上	〇1,200品目以上
24時間体制	〇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10未満)	〇当該薬局のみで対応	〇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)
在宅業務	〇在宅業務の体制整備* 〇在宅の業務実績(10回/年以上)	〇在宅業務の体制整備 〇在宅の業務実績(1回/年以上)	〇在宅業務の体制整備 〇在宅の業務実績(1回/年以上)
処方せん受付回数/集中華	〇調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと 〇処方せん6,000回/月を超える薬局は集中華が70%以下	〇調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと 〇処方せん6,000回/月を超える薬局は集中華が70%以下	〇調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局等)ではないこと 〇麻薬小売業者の免許 〇定期的な研修実施 〇インターネットを通じた情報収集と周知 〇医薬品医療機器情報提供システム(PMDA)に登録 〇フライバナーに配慮した構造 〇健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示 〇かかりつけ薬剤師指導料に係る届出 〇管理薬剤師の実務経験(薬局勤務経験8年以上、同一の保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍) 〇処方せん集中華率が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上

*在宅の体制整備として必要な事項
地方公共団体や関係機関等へ在宅業務連携体制の周知、医療材料及び衛生材料供給体制、在宅医療支援診療所(又は在宅医療支援薬局)、訪問看護ステーションとの連携体制、ケアマネジャーとの連携体制

調剤報酬改定の概要

2. 薬局における薬学的管理及び指導の充実

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	41
【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき)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な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	38点 50点
【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 2. 1の患者以外の患者に対して行った場合	
【算定要件】 注：患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行な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なった場合は、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ことを明確化。
➤ 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、交付する必要があることを明確化。 ※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冊にまとめた場合にあつ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。
➤ 残薬、後発、副作用等の患者インタビューは、調剤前に薬剤師が患者に確認することを明確化。

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	38点
【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	
【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、患者又は現に薬利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者の負担とする。	



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)及び乳幼児指管理加算(6歳未満の乳幼児)の評価を見直す。

現行	4点	5点
特定薬剤管理指導加算		
乳幼児服薬指導加算		
改定後	10点	10点
特定薬剤管理指導加算		
乳幼児服薬指導加算		

*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。

介護施設の患者に対する薬剤管理指導

施設の例	配置基準	院外処方せん	訪問薬剤管理指導料 (医療保険)	居宅療養管理指導費 (介護保険)
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	医師○* 薬剤師×	○	× ※ 末期の悪性腫瘍患者に 대해서는 訪問薬剤管理指導料が算定可	×
有料老人ホーム	医師× 薬剤師×	○	要介護認定 無→医療保険 有→介護保険	
患者宅 (参考)	-	○	要介護認定 無→医療保険 有→介護保険	

* 入所者の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な人数の医師 (非常勤でも可)

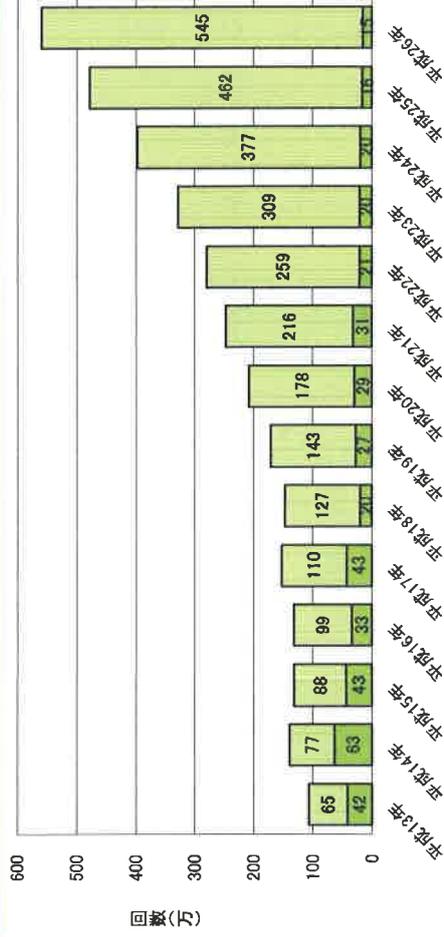
訪問薬剤管理指導料としては算定できないので、院外処方せんに基づく薬剤服用歴管理指導料として算定できる旨を明確化

調剤報酬改定の概要

3. 在宅薬剤管理指導業務の推進

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数が伸びており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいる。



□在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険) □居宅療養管理指導費等(介護保険)

注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

出典) 社会医療診療行為別調査及び介護給付調査調査を基に医療費で作成

平成28年度診療報酬改定

在宅薬剤管理指導業務の推進①

在宅薬剤管理指導業務における疑義照会の評価

在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価。

(新) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点

【主な算定要件】

- (1) 対象は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導料又は介護予防居宅療養管理指導料を行っている患者とする。
- (2) 薬剤服用歴等に基づき重複投薬、相互作用の防止等の目的で疑義照会を行い、処方内容が変更になった場合に算定できる。
- (3) 薬学的管理指導計画に係る医師と別の医師又は職種に係る随時の投薬が行われた場合を除く。(別途、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能。)

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

- 保険薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を1週間当たり40回に見直す。
- 同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できるようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- 医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

在宅薬剤管理指導業務の推進②

- 在宅医療において使用できる注射薬の拡大**
- 保険医療機関の医師が処方できる注射薬に**脂肪乳剤**を追加する。
 - 併せて、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬の対象に**脂肪乳剤**を追加する。
- ＜調剤料の注射薬の留意事項通知＞
 注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤(インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第四因子製剤、……(中略)……アスホターゼ アルブア製剤、グラチラマ―酢酸塩製剤**及び脂肪乳剤**)に限る。

調剤報酬改定の概要

4. 調剤料の見直し

内服薬の調剤料及び一包化加算の見直し

- 内服薬の調剤料及び一包化加算の見直し**
- 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料及び一包化加算の評価を見直す。

内服薬の調剤料の見直し

現行

【内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く。)(1剤につき)】

イ 14日分以下の場合	5点
(1) 7日目以下の部分(1日分につき)	4点
(2) 8日目以上の部分(1日分につき)	71点
ロ 15日分以上 21日分以下の場合	81点
ハ 22日分以上 30日分以下の場合	89点
ニ 31日分以上の場合	

一包化加算の見直し

【一包化加算】

注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。

イ 58日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すことに32点を加算して得た点数

ロ 57日分以上の場合 290点

改定後

【内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く。)(1剤につき)】

イ 14日分以下の場合	5点
(1) 7日目以下の部分(1日分につき)	4点
(2) 8日目以上の部分(1日分につき)	70点
ロ 15日分以上 21日分以下の場合	80点
ハ 22日分以上 30日分以下の場合	87点
ニ 31日分以上の場合	

一包化加算の見直し

【一包化加算】

注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。

イ 42日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すことに32点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 220点

調剤報酬改定の概要

5. いわゆる門前薬局の評価の見直し

いわゆる門前薬局の評価の見直し①

いわゆる大型門前薬局の評価の見直し(特例の追加)

- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方せん回数数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方せん集申率が高いため、保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。

【薬局グループ】⇒グループ全体の処方せん受付回数数が月4万回超



処方せん受付回数と集申率による現行の調剤基本料の特例の拡大

処方せん受付回数・集申率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



いわゆる門前薬局の評価の見直し②

調剤基本料3における同一グループの考え方

【同一グループの定義】

- 保険薬局の事業者の最終親会社等及び最終親会社等の子会社等、関連会社、フランチャイズ契約をしている者等の範囲の保険薬局(例として、下図の範囲の保険薬局)
- 親子関係等は、議決権の過半数の所有、資本金の過半数の出資、その他これらと同等以上の支配力を有するかどうかをもつて判断する。最終親会社が連結財務諸表の提出会社である場合は、連結範囲の会社は同一グループとなる。
- 同一グループにおける処方せん受付回数数が月4万回を超えているかどうかの判断は、2月末日時点で所属している保険薬局の1月の処方せん回数(※)の合計により行う。

※前年3月～当年2月末日までの処方せん受付回数を12(ヶ月)で除した値



※グループ全体の処方せん受付回数数が月4万回超のグループ



いわゆる門前薬局の評価の見直し③

調剤基本料3における特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある場合の考え方

- 賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指す。
- 賃貸借取引がある保険薬局は次のいずれかの基準による
 - 保険薬局の土地又は建物が特定の保険医療機関の所有である場合の当該店舗
 - 保険医療機関が保険薬局の事業者から土地又は建物を賃借している場合において、保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

※不動産は土地及び建物を指し、保険医療機関及び保険薬局の事業者の用に供されるものに限る



※不動産は土地及び建物を指し、保険医療機関及び保険薬局の事業者の用に供されるものに限る

いわゆる門前薬局の評価の見直し④

(参考)同一グループの基準(施設基準通知)

- 調剤基本料
- 調剤基本料の施設基準
 - ア 同一グループは次の基準により判断する。
 - ① 同一グループの保険薬局の施設又は営業上互にしくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。とは、次に掲げる者のまでの保険薬局とする。
 - イ アの保険薬局の事業者の最終親会社等は、保険薬局の事業者を子会社等とする者のうち、親会社等がない法人又は個人(以下「法人等」という。)をいう(力)において同じ。
 - ウ 当該法人等は、次に掲げる者とする。
 - ① 他(法人(株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。))の議決権の過半数を自己の計算において所有している法人等
 - ② 他(法人(株式会社(会社法(平成17年法律第96号)第57条第1項に規定する株式会社をいう。以下同じ。))その他これに準じる形態の法人に限る。))の資本金の過半数を出資している法人等
 - ③ 他(法人)の事業の方針の決定に関して、①及び②に掲げる者と同等以上の支配力を有すると認められる法人等
 - エ ア①及び②の子会社等とは、次に掲げる者とする。この場合において、法人等の子会社等が次に掲げる者を有する場合における当該者は、当該法人等の子会社等とみなす。(法人等及びその子会社等が共同で次に掲げる者を有する場合における当該者を含む。)
 - イ 法人等が議決権の過半数を所有している他の法人(株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。)
 - ② 法人等が資本金の過半数を出資している他の法人(株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。)
 - ③ 法人等が、他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に規定する法人等と同程度の支配力を有すると認められる場合における当該他の法人
 - オ ア③の関連会社とは、法人等及びその子会社等が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社等以外の他の法人の財務及び営業又は事業の方針の決定に対して重要な影響を与え得ることができるときは、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則(昭和38年大蔵省令第59号)第8条第6項に規定する場合をいう。))における当該子会社等以外の他の法人をいう。
 - カ 保険薬局の事業者の最終親会社等が連結財務諸表提出会社(連結財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則(昭和51年大蔵省令第28号)第2条第1号に規定する連結財務諸表提出会社(同条第4号に規定する連結財務諸表提出会社をいう。))である場合には、当該最終親会社(同条第7号に規定する関連会社をいう。)をア③に掲げる者とする。
 - ナ ア③及びエ③における「同等以上の支配力を有する」と認められるとは、例えば、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則(昭和44年法律第33号)第3号に規定する条件に該当する場合等、他の法人の意思決定機関を支配している場合等が該当する場合であること。ただし、財務上又は営業上若しくは事業上の関係からみて他の法人等の意思決定機関を支配していないことが明らかであると認められる場合は、この限りでないこと。

(参考) 特定の保険医療機関との間で不動産の質貸借取引関係にある保険薬局の規定(施設基準通知)

調剤基本料

1 調剤基本料の施設基準

(7) 特定の保険医療機関と不動産の質貸借取引関係にある保険薬局に関して、ここであらう不動産とは、土地及び建物... (参考) 保険薬局で算定する調剤基本料の点数については、施設基準の内容に含め、地方厚生(支)局へ届け出る。調剤基本料1~5に該当する場合は、届出しない保険薬局は特別調剤基本料となる。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地及び建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ 保険医療機関が保険薬局の事業者(当該保険薬局の事業者の最終親会社等、(4)ア①から④までに定める者を含む。)から土地又は建物を賃借している場合において、当該保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

いわゆる門前薬局の評価の見直し③

調剤基本料の特例対象からの除外要件(かかりつけ業務の実施)

調剤基本料の特例対象薬局のうち、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている保険薬局は特例の対象から除外する。(現行の24時間開局による特例除外要件は削除)

現行

【調剤基本料の特例に関する施設基準】 24時間開局していること

改定後

【調剤基本料の特例に関する施設基準】

- (1) 当該保険薬局に勤務している薬剤師の5割以上がかかりつけ薬剤師指導致料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に適合した薬剤師であること。 (2) かかりつけ薬剤師指導致料又はかかりつけ薬剤師包括管理料にかかっている業務について相当な実績を有していること。 →薬剤師一人あたり月100件以上算定(自己負担のない患者を除く) ※勤務している薬剤師数は普勤換算した薬剤師数を用いる

かかりつけ機能に係る業務を行っていない薬局の評価の見直し

かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない保険薬局は調剤基本料を100分の50とする。(処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く)

【要件】 ※本取扱いは平成29年4月1日から適用 下記項目の算定回数の合計が(年間総数)に10回以上の保険薬局が対象 (※前年3月~当年2月末までの期間の算定回数)

- ・調剤料の時間外加算等、夜間・休日等加算
- ・かかりつけ薬剤師指導致料、かかりつけ薬剤師包括管理料
- ・外来問診支援助料、服薬情報提供供給料
- ・薬剤服用歴管理指導致料の麻薬管理指導致料、在宅患者緊急対応共同指導致料、通院時共同指導致料、在宅患者重症救急・相互作用等防止管理料
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急対応共同指導致料、在宅患者緊急対応等共同指導致料、在宅患者重症救急・相互作用等防止管理料
- ・介護予防居宅定住指導料、在宅患者重症救急・相互作用等防止管理料

Table with 5 columns: 調剤基本料, 特例除外, 50/100減算, 基準調剤加算, 薬剤服用歴管理指導致料. Rows include 通常 and 特例 categories with specific points and conditions.

(参考) 保険薬局で算定する調剤基本料の点数については、施設基準の内容に含め、地方厚生(支)局へ届け出る。調剤基本料1~5に該当する場合は、届出しない保険薬局は特別調剤基本料となる。

⇒【重要】平成28年度は4月14日までに届出が必要

調剤基本料の地方厚生(支)局への届出

調剤基本料を施設基準として定め、地方厚生(支)局への届出を要件とする。 平成28年度は4月14日までに届出が必要。

調剤基本料に係る届出内容

届出添付書類に記載が必要な事項

- 処方せんの受付回数
- 特定の医療機関に係る処方せんの受付回数(集申率)
- (新) 特定の医療機関に係る処方せんの受付回数
- (新) グループ全体の処方せん受付回数が月4万回を超える薬局への該当性
- (新) 特定の保険医療機関と不動産の質貸借取引の有無
- 前年4月から9月末までの期間における妥結率
- (新) 調剤基本料の特例に該当する場合は、「調剤基本料の特例の施設基準に係る届出書添付書類」

【新規指定された保険薬局の取扱い】

- 新規指定された保険薬局(週及指定が認められる場合を除く。)は、指定日の翌月から3か月間の処方せんの実績を元に、調剤基本料の区分を判定する。
- 実績が判定されるまでは調剤基本料1を算定可能。ただし、次に該当する場合は調剤基本料3を算定する。 ・グループ全体の処方せん受付回数が月4万回を超える薬局に該当する ・特定の保険医療機関と不動産の質貸借取引がある

(参考) 調剤基本料の算定告示

- 1 調剤基本料1 41点
- 2 調剤基本料2 25点
- 3 調剤基本料3 20点
- 4 調剤基本料4 31点
- 5 調剤基本料5 19点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、**地方厚生局基準に届け出た**保険薬局において調剤した場合には、処方せんの受付1回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、調剤基本料本文の規定にかかわらず、当該基準に係る区分に従い、調剤基本料1又は調剤基本料4により算定する。

注2 注1の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については、特別調剤基本料として15点を算定する。

注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付回数⁵⁷が1月に600回以下の保険薬局を除く

それぞれの要件は
施設基準告示で規定

上記調剤基本料を算
定するためには届出
が必要

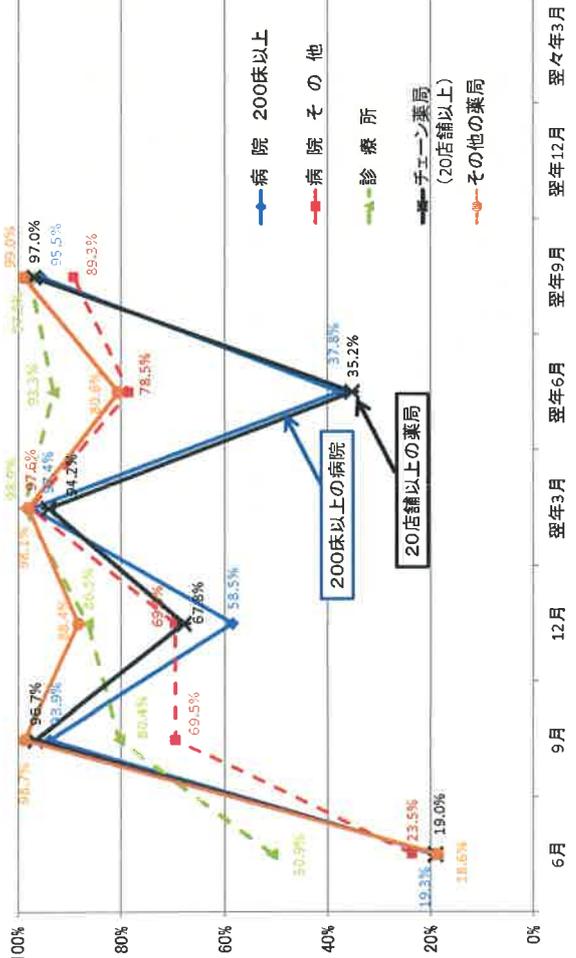
特例対象となるいわゆ
る門前薬局に対する
特例除外の規定

届出をしない場合は特
別調剤基本料を算定
する旨の規定

かかりつけ機能に係る
業務を行っていない場
合の減算の規定

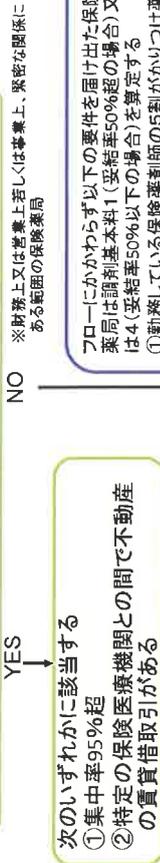
妥結率の推移

(平成26-27年度 医療機関・薬局区分別)



(参考) 平成28年度改定に伴う調剤基本料判定フロー

同一グループ※の保険薬局の処方せん受付回数の合計が月4万回超のグループに該当する



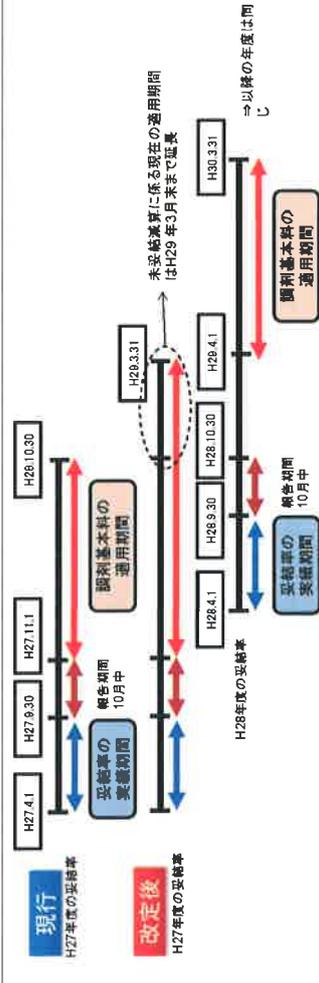
YES	調剤基本料3 20点 ○妥結率50%以下 特別調剤基本料(届出不要) 15点
NO	調剤基本料1 41点 ○妥結率50%超 調剤基本料2 25点 ○妥結率50%以下 調剤基本料4 31点

基準調剤加算	薬剤服用歴管理指導料2
調剤基本料1	○
調剤基本料2	○
調剤基本料3	○
調剤基本料4	○
上記以外	○

妥結率の報告に係る取扱いの変更

妥結率の報告に伴う調剤基本料の適用時期の変更

妥結率については、現行どおり、4月から9月までの期間における妥結率を10月中に地方厚生(支)局へ報告するが、妥結率が低い場合(妥結率が50%以下)の調剤基本料の引き下げについては、**翌年4月1日**から適用する。(※医療機関の取扱いは従来どおり当年11月1日から適用)



妥結率の報告時の添付書類の見直し

薬局グループ全体の処方せん受付回数⁵⁷が月4万回超のグループに属する保険薬局以外の保険薬局は、妥結率の報告時に妥結の根拠となる書類の添付を不要とする。(当該資料は薬局で保管)

特掲診療料の施設基準等の告示で届出が必要な項目

▶ 特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）
□ は、地方厚生局に届出が必要の項目。

第十五 調剤	届出(報告)日	届出内容、届出様式
一 調剤基本料の施設基準 (1) 調剤基本料1の施設基準 (2) 調剤基本料2の施設基準 (3) 調剤基本料3の施設基準 (4) 調剤基本料4の施設基準 (5) 調剤基本料5の施設基準	平成28年4月 毎年7月(報告)	・「処方せんの受付回数」「特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」 「グループ全体の処方せん受付回数」「前年4月～9月末までの受取率」等 ・通知*の第2の4に基づき適用。
二 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準(特例除外)	平成28年4月 毎年7月(報告)	・かかりつけ薬剤師指導料等の認定状況等。 ・通知*の第2の4に基づき適用。
三 調剤基本料の注3に規定する調剤薬局(かかりつけ薬局)の施設基準	-	-
四 基準額前加算の施設基準	平成28年4月 毎年7月(報告)	・届出時の「前近1年間の在宅の業績」「前近3ヶ月間の後掲医薬品の調剤割合」(特定)の医療機関に係る処方せんの受付回数等の割合等。 ・通知*の第2の4に基づき適用。
五 後掲医薬品調剤体制加算の施設基準 (1) 調剤 (2) 在宅医療調剤体制加算1の施設基準 (3) 後掲医薬品調剤体制加算2の施設基準	平成28年4月 毎年7月(報告)	・届出時の前近3ヶ月間の後掲医薬品の調剤割合。 ・通知*の第2の4に基づき適用。
六 無償処理加算の施設基準	毎年7月(報告)	・無償処理施設、設備の状況等。 ・通知*の第2の4に基づき適用。
七 自家調剤加算の除外規定調剤	-	-
八 在宅患者調剤加算の施設基準	毎年7月(報告)	・届出時の前近1年間の在宅業務の実績等。 ・通知*の第2の4に基づき適用。
九 在宅患者調剤加算の対象患者	-	-
十 特定薬剤管理指導加算の対象薬剤	-	-
十一 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の施設基準	平成28年3月 毎年7月(報告)	・届出時点において、要件を満たす薬剤師の届出。 ・通知*の第2の4に基づき適用。
十二 調剤共同調剤料の特別規定患者	-	-
十三 在宅患者管理指導・相互作用	-	-

※特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについては、平成28年3月4日医監発0304第2号)

調剤報酬改定の概要

6. その他の改定項目

施設基準の届出

以下の項目については、平成28年4月以降に当該点数を算定するために届出が必要(平成28年3月31日において現に当該点数を算定している保険薬局も届出が必要)

▶ **新たに施設基準が創設されたもの**
調剤基本料1、2、3、4又は5
調剤基本料の特例除外(注1のただし書きに規定する届出)
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

▶ **施設基準が改正されたもの**
基準額前加算
後掲医薬品調剤体制加算1又は2

フェンス規制

（2）個別措置事項

① 医薬分業推進の下での規制の見直し

保険薬局の独立性と患者の利便性向上の両立【平成27年度検討・結論、平成28年度措置】

医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。

現行

- 保険医療機関と保険薬局は、「一体的な構造」「一体的な経営」であってはならないとされている。
- 「一体的な構造」とは、「公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態」とされており、公道等を介することを求めた結果、フェンス等を設置する運用が見られている。

「保険薬局の独立性と患者の利便性の向上の両立」を図る観点から見直し

改正案

- 「一体的な構造」の解釈を改め、公道等を介することを一律に求める運用を改めることとする。（通知改正で対応）
- 原則、保険医療機関と保険薬局が同一敷地内にある形態も認める。
- ただし、保険医療機関の建物内に保険薬局がある形態（「院内薬局」）や、両者が専用通路で接続されている形態は引き続き認めない。
- また、保険医療機関と同一敷地内に保険薬局がある形態であっても、当該薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの
- ・当該医療機関の休診日に、公道等から当該薬局に行き来できないもの
- ・実際には、当該医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの 等は認めない。
- ※ この事例に該当するかどうかは、現地の実情を踏まえ、地方社会保健医療評価委員会において必要な検討をした上で地方厚生局において判断。
- さらに、保険薬局の「経営上の独立性」の確保の実効ある措置として、指定の更新時に、不動産の賃貸借関連書類や当該薬局の経営に関する書類など、「一体的な経営」に当たらないことを証明する書類の提出を求める。
- なお、円滑な施行のため、一定の周知期間を設ける。

現行の法令・通知の規定

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第2条の3 保険薬局は、その担当する療養の給付に關し、次の各号に掲げる行為を行つてはならない。

- 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと。
 - 二 保険医療機関又は保険医に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示 等を行うこと
- の対価として、金品その他の財産上の利益を併与すること。
- 2 前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に關し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

【解釈】（平成8年医療課長通知）「一体的な構造」の趣意

「この場合において、保険医療機関と一体的な構造とは、保険薬局の土地又は建物が保険医療機関の土地又は建物と分離しておらず、公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来するような形態のものをいうものであること。」

【解釈】（平成8年医療課長通知）「一体的な経営」の趣意

「保険医療機関と一体的な経営を行う場合は、(2)のまた以下に該当する場合等保険医療機関と保険薬局が一定の近接的な位置関係にあり、かつ、次のアからエまでに規定するような経営主体の実質的同一性が認められる場合又は機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合を指すものであること。

- ア 保険薬局の開設者（法人たる保険薬局の役員を含む。）が当該保険医療機関の開設者（特定保険医療機関の開設者が法人の場合）にあっては、当該法人の役員を含む。）又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者であるもの。
- イ 保険薬局の開設者と保険医療機関の開設者の間の資本関係が実質的に同一であるもの（法人の場合）にあっては当該法人の役員が経営するものを含む。）
- ウ 職員の勤務態勢、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経営事務等が特定保険医療機関と明確に区分されていないもの。
- エ 特定の保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等が行われているもの。

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の改正

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正

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月から実施(事務化))

- 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。

保険者への通知義務

▶ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。 ※ 保険医療機関及び保険医療療養担当規則と同様の内容を規定

現行

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十三年厚生省令第十六号)
第七條 保険薬局は、患者が詐欺その他不正行為により療養の給付を受け、又は受けようとしたときは、速滞なく、意見を提出し、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。
一 正当な理由がなく、療養に関する指導に従わないとき。
二 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

改正後

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十三年厚生省令第十六号)
第七條 保険薬局は、患者が次の各号の一に該当する場合には、速滞なく、意見を提出し、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。
一 正当な理由がなく、療養に関する指導に従わないとき。
二 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

1. 急性期、回復期、慢性期の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
・ 一般病棟入院基本料(特定集中療養管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響(一般病棟入院基本料の施設基準の見直し)が平均在院日数に与える影響を含む)
・ 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
・ 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における影響
・ 夜間の看護職員配置における要件等の見直しの影響
あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体利加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、通院支援における医療機関の連携や在宅療養の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者修を踏まえた適切な評価の在り方、**医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。**
2. DRGにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関間、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
3. かかりつけ医・かかりつけ薬剤師に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・断続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。
4. 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
5. 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた高齢者の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
6. 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、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、費用感察リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
7. 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行、地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。
8. 湿布薬の処方に関する新たなルールの導入の影響を調査・検証し、**多剤投与の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえて、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。**

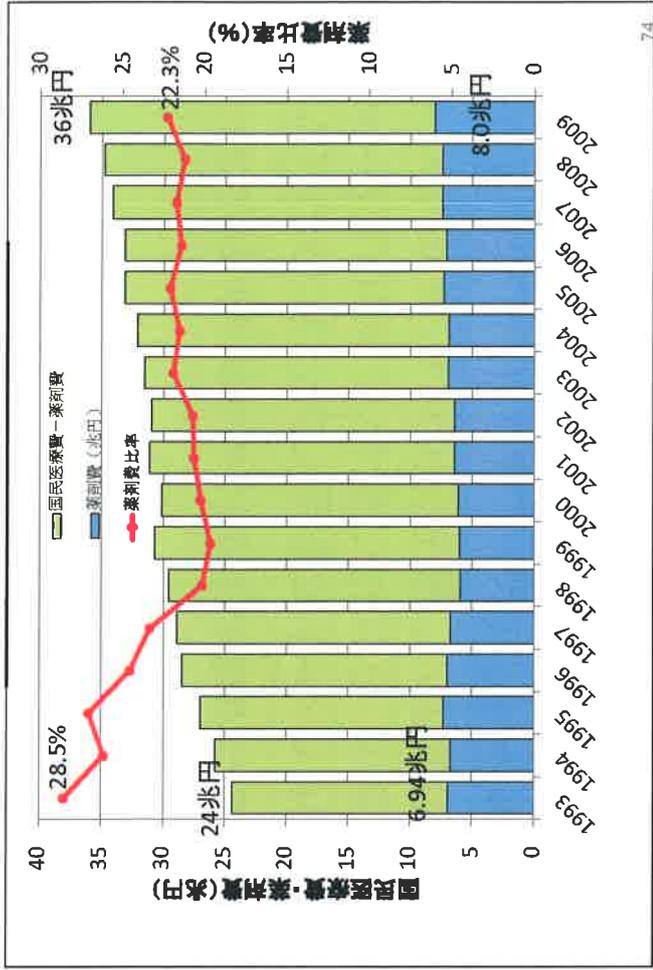
中医協附帯意見

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

平成28年度診療報酬改定

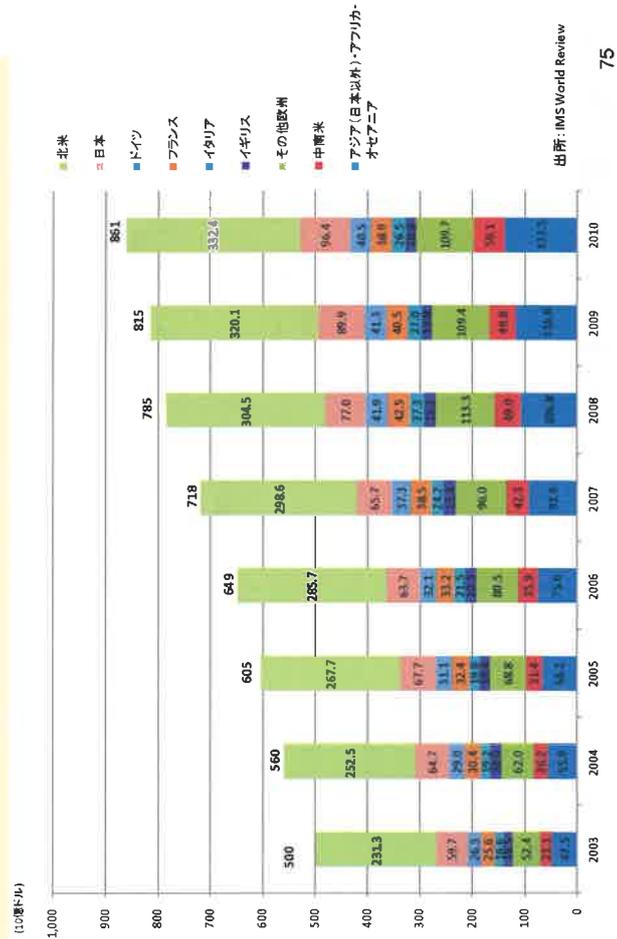
9. 医薬品・医療機器の評価の在り方に費用効果の観点を試行的に導入することを含め、本格的な導入について引き続き検討すること。
あわせて、著しく顕微的な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合は考え方について検討すること。
10. 患者本位の医療サービスの提供のための取組の観点から、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる「前向き薬局」の評価の見直し等、薬局に係る対物業務から対人業務への転換を促すための措置の影響を調査・検証し、前向き薬局の在り方について引き続き検討すること。
11. 後発医薬品に係る数量シェア80%目標を達成するため、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬局の在り方や診療報酬における更なる使用促進について検討すること。
12. ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果について調査・検証すること。
13. 経腸栄養剤を含めた食事療養に係る給付について調査を行い、その在り方について検討すること。
14. 在宅自己注射指導管理料等の評価の在り方について引き続き検討すること。
15. 未承認薬・適応外薬の開発の進捗、新薬創出のための研究開発の具体的な成果も踏まえた新薬創出・適応外薬開発等促進加算の在り方、原価を低下させる制度として創設された基礎的医薬品への対応の在り方、年間販出額が極めて大きい医薬品を対象とした市場拡大加算の特例の在り方について引き続き検討すること。
16. 公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の促進について、影響を調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
17. 診療報酬改定の結果検証等の調査について、NDB等の各種データの活用により調査の信頼性の確保を図るとともに、回診率の向上にも資する調査の簡素化について検討すること。また、引き続き調査分析手法の向上について検討し、調査の信頼性の確保に努めること。
18. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

国民医療費と薬剤費の関係

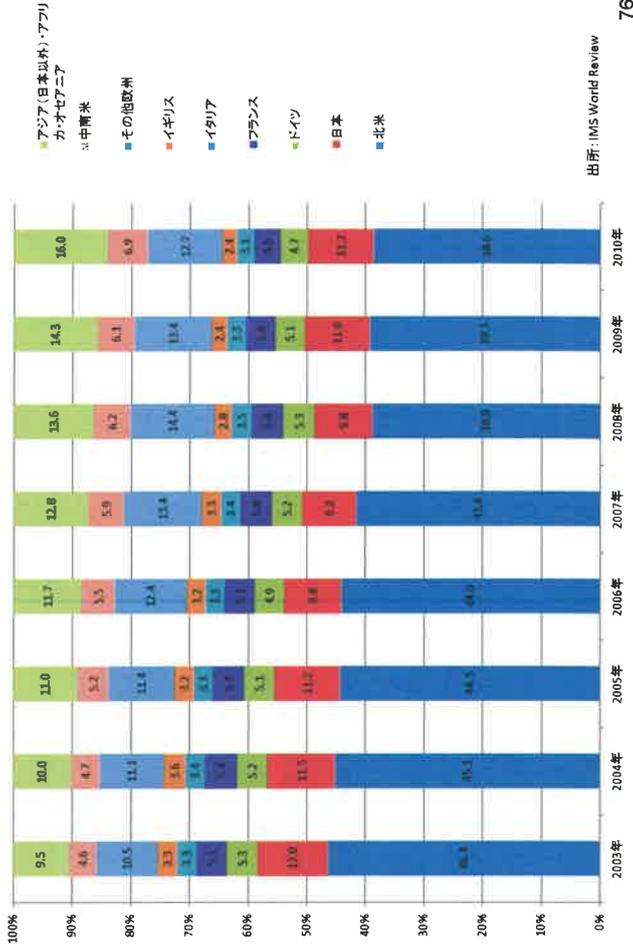


医薬品産業政策と薬剤師 (後発医薬品の使用促進含む)

市場規模(世界)の推移<販売額>

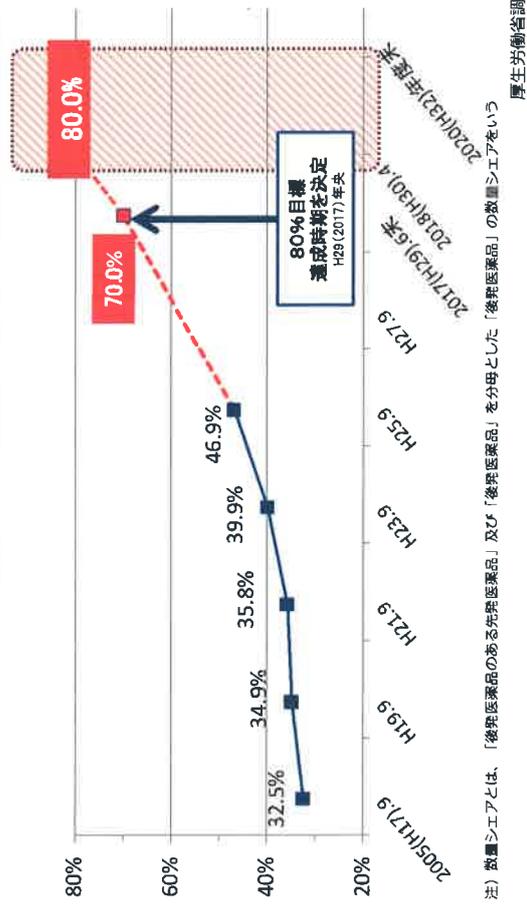


市場規模(世界)の推移<構成比>



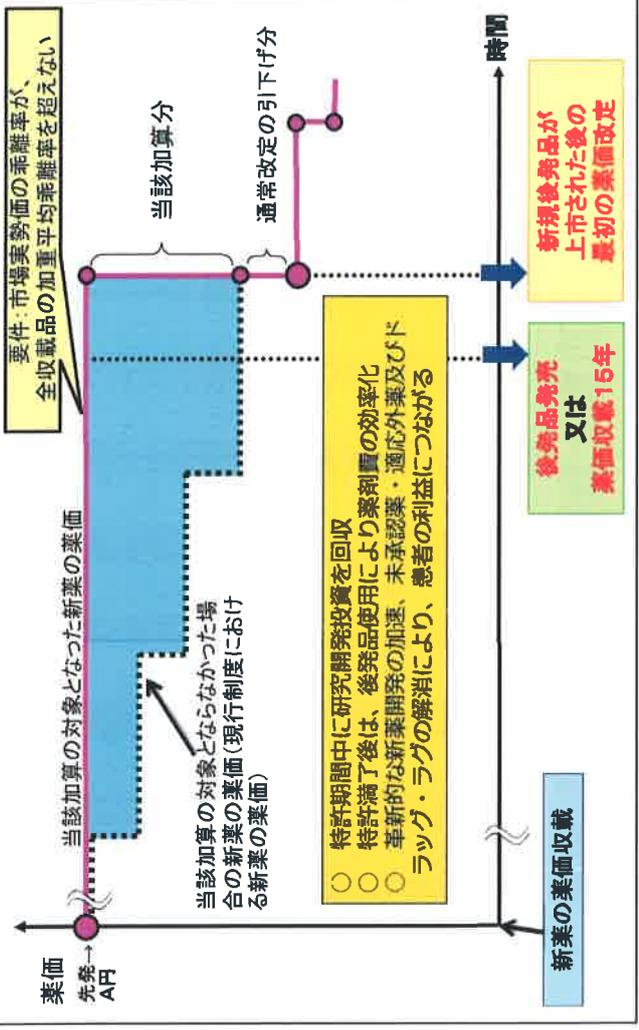
後発医薬品の数量シエアの推移と目標

- 数量シエア目標
- ① 2017年（平成29年）末に70%以上
 - ② 2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早く早い時期に80%以上



最後に

「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」が適用された新薬の薬価算定の薬価の推移のイメージ



進化論を唱えたダーウインは、「この世に生き残る生き物は、最も力の強いものが。そうではない。最も頭のいいものが。それでもない。それは、変化に対応できる生き物だ」という考えを示したと言われている。

(第百五十三回国会における小泉内閣総理大臣所信表明演説より)



現在の日本の薬剤師に当てはめて考えると？

ご静聴ありがとうございました。



おくすり情報：普及啓発、法令検索、統計、最近の話題が入手できます。
<http://www.mnhw.go.jp/bunya/iyakuhin/okusuri/index.html>



***** M E M O *****

平成28年度診療報酬改定の概要

1. 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価
2. 外来化学療法加算及び無菌製剤処理科の評価の見直し
3. 医薬品の適正使用の推進
 - ①多剤・重複投薬の削減
 - ②残薬の削減
 - ③長期処方と分割調剤
4. 後発医薬品の使用促進策
5. DPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)の見直し
6. その他

平成28年度診療報酬点数表 (薬剤師関連)の改定点について

平成28年3月21日
厚生労働省保険局医療課

病院薬剤師の評価等に関する経緯

- 平成10年12月 医療法の病院薬剤師配置の標準数の見直し
 - 外来処方箋枚数、入院患者数をもとにした標準数に改正。3年後を目途に見直し。
- 平成13年10月 病院における人員配置基準に関する検討会報告
 - 変更の必然性は認められない。3年後を目途に検討。
- 平成17年12月 社会保険審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」
 - 人員配置標準について検討会を設置し、これまでの経緯等を踏まえた具体的な検討を行う

- 平成19年4月 医療法改正により医療安全確保体制が義務化
 - 医薬品に係る安全管理のための体制確保、医薬品安全管理責任者の設置
- 平成19年8月 病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書
 - 業務実態等の調査結果をもとに今後の病院薬剤師のあるべき業務と役割を整理
- 平成20年6月 安心と希望の医療確保ビジョン
 - 職種間の協働・チーム医療の充実(医師と歯科医師・薬剤師等との協働)
- 平成22年度診療報酬改定(平成22年2月12日審議会附帯意見)
 - 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。
- 平成22年4月 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について(医政局長通知)
 - チーム医療の推進について(報告書)を踏まえ薬剤師が可能な業務を例示
- 平成24年度診療報酬改定
 - 病棟薬剤業務実加算の新設(週1回100点、療養・精神病棟は4週制限)
- 平成26年度診療報酬改定
 - 病棟薬剤業務実加算の充実(週1回100点、療養・精神病棟は6週制限)
- 平成28年度診療報酬改定
 - 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価の新設(1日につき80点)

薬剤師の数の議論

薬剤師が求められる業務の議論

→エビデンスに基づき議論

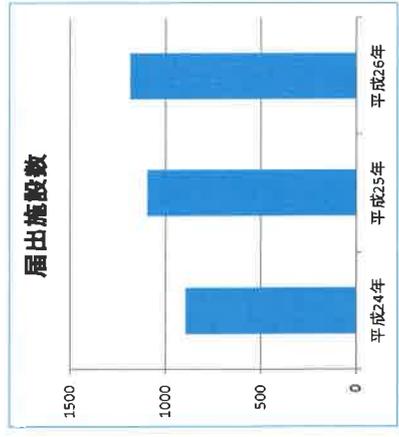
チーム医療にも評価

4

病棟薬剤業務実加算の概要(平成28年3月まで)

病棟薬剤業務実加算(週1回) 100点

薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務を実施していることを評価。なお、特定入院料等の届出病棟に入院している患者については算定できない。



- 【主な病棟薬剤業務】
- ・当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
 - ・2種以上(注射薬及び内服薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
 - ・患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
 - ・薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施

【施設基準】

- ① 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
(※障害者施設等入院基本料又は特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟を除く。)
- ② 薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間(1病棟・1週当たり20時間相当以上)確保されていること。
- ③ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。
- ④ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
- ⑤ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

特定集中治療室における薬剤師配置に対する評価

高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

【薬剤管理指導料】	100点
1 救命救急入院料等	100点
2 救命救急入院料等	100点
3 救命救急入院料等	100点
4 救命救急入院料等	100点
5 救命救急入院料等	100点
6 救命救急入院料等	100点
7 救命救急入院料等	100点
8 救命救急入院料等	100点
9 救命救急入院料等	100点
10 救命救急入院料等	100点
11 救命救急入院料等	100点
12 救命救急入院料等	100点
13 救命救急入院料等	100点
14 救命救急入院料等	100点
15 救命救急入院料等	100点
16 救命救急入院料等	100点
17 救命救急入院料等	100点
18 救命救急入院料等	100点
19 救命救急入院料等	100点
20 救命救急入院料等	100点
21 救命救急入院料等	100点
22 救命救急入院料等	100点
23 救命救急入院料等	100点
24 救命救急入院料等	100点
25 救命救急入院料等	100点
26 救命救急入院料等	100点
27 救命救急入院料等	100点
28 救命救急入院料等	100点
29 救命救急入院料等	100点
30 救命救急入院料等	100点
31 救命救急入院料等	100点
32 救命救急入院料等	100点
33 救命救急入院料等	100点
34 救命救急入院料等	100点
35 救命救急入院料等	100点
36 救命救急入院料等	100点
37 救命救急入院料等	100点
38 救命救急入院料等	100点
39 救命救急入院料等	100点
40 救命救急入院料等	100点
41 救命救急入院料等	100点
42 救命救急入院料等	100点
43 救命救急入院料等	100点
44 救命救急入院料等	100点
45 救命救急入院料等	100点
46 救命救急入院料等	100点
47 救命救急入院料等	100点
48 救命救急入院料等	100点
49 救命救急入院料等	100点
50 救命救急入院料等	100点
51 救命救急入院料等	100点
52 救命救急入院料等	100点
53 救命救急入院料等	100点
54 救命救急入院料等	100点
55 救命救急入院料等	100点
56 救命救急入院料等	100点
57 救命救急入院料等	100点
58 救命救急入院料等	100点
59 救命救急入院料等	100点
60 救命救急入院料等	100点
61 救命救急入院料等	100点
62 救命救急入院料等	100点
63 救命救急入院料等	100点
64 救命救急入院料等	100点
65 救命救急入院料等	100点
66 救命救急入院料等	100点
67 救命救急入院料等	100点
68 救命救急入院料等	100点
69 救命救急入院料等	100点
70 救命救急入院料等	100点
71 救命救急入院料等	100点
72 救命救急入院料等	100点
73 救命救急入院料等	100点
74 救命救急入院料等	100点
75 救命救急入院料等	100点
76 救命救急入院料等	100点
77 救命救急入院料等	100点
78 救命救急入院料等	100点
79 救命救急入院料等	100点
80 救命救急入院料等	100点
81 救命救急入院料等	100点
82 救命救急入院料等	100点
83 救命救急入院料等	100点
84 救命救急入院料等	100点
85 救命救急入院料等	100点
86 救命救急入院料等	100点
87 救命救急入院料等	100点
88 救命救急入院料等	100点
89 救命救急入院料等	100点
90 救命救急入院料等	100点
91 救命救急入院料等	100点
92 救命救急入院料等	100点
93 救命救急入院料等	100点
94 救命救急入院料等	100点
95 救命救急入院料等	100点
96 救命救急入院料等	100点
97 救命救急入院料等	100点
98 救命救急入院料等	100点
99 救命救急入院料等	100点
100 救命救急入院料等	100点



- 病棟薬剤業務実施加算2の主な算定要件]
 - 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
 - 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。
 - 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1週間につき20時間以上病棟薬剤業務を実施していること。

ICUにおける薬剤師の役割について

ICUにおける安全管理指針検討作業部会（報告書）

- ICUにおける医薬品の取扱いにあたっては、薬剤師を管理責任者とし、薬剤管理の権限と責任を明確化すること。
- ・本来は薬剤師がICU内に常時勤務することが望ましいが、関与の方法によっては、薬剤師の薬剤師による関与でも可能とすること。
- ・薬剤師の関与の方法としては、例えば処方内容を含めた治療計画への関与や、ICUを薬剤師が朝夕訪れ、薬剤投与の適切性の確認や在庫管理等を行うことが考えられる。

日本集中治療医学会による集中治療部設置のための指針

- 集中治療部における薬剤管理・薬剤調整などに関与する薬剤師が集中治療部に勤務することが望ましい。

ICU設置のためのガイドライン

- 【ICU設置のためのガイドライン(American College of Critical Care Medicine)】
 - ・専門医、薬剤師、呼吸器等のセラピスト、栄養士、福祉サービス等の専門家、牧師その他多職種によるチーム医療の提供により、医療の質は向上することが示されている。
- 【ICUにおける基本的な要件に関する提言(European Society of Intensive Care Medicine; Working Group on Quality Improvement)】
 - ・通常の営業時間内は、薬剤師へのコンサルテーションが可能な体制であるべきである。
 - ・薬事との十分な連携は、患者の安全性を考慮するに当たり特に重要なものである。

薬剤管理指導料の評価の見直し

薬剤管理指導料の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合(430点)」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合(325点)」に統合する。

【薬剤管理指導料】	430点
1 救命救急入院料等	430点
2 救命救急入院料等	430点
3 救命救急入院料等	430点
4 救命救急入院料等	430点
5 救命救急入院料等	430点
6 救命救急入院料等	430点
7 救命救急入院料等	430点
8 救命救急入院料等	430点
9 救命救急入院料等	430点
10 救命救急入院料等	430点
11 救命救急入院料等	430点
12 救命救急入院料等	430点
13 救命救急入院料等	430点
14 救命救急入院料等	430点
15 救命救急入院料等	430点
16 救命救急入院料等	430点
17 救命救急入院料等	430点
18 救命救急入院料等	430点
19 救命救急入院料等	430点
20 救命救急入院料等	430点
21 救命救急入院料等	430点
22 救命救急入院料等	430点
23 救命救急入院料等	430点
24 救命救急入院料等	430点
25 救命救急入院料等	430点
26 救命救急入院料等	430点
27 救命救急入院料等	430点
28 救命救急入院料等	430点
29 救命救急入院料等	430点
30 救命救急入院料等	430点
31 救命救急入院料等	430点
32 救命救急入院料等	430点
33 救命救急入院料等	430点
34 救命救急入院料等	430点
35 救命救急入院料等	430点
36 救命救急入院料等	430点
37 救命救急入院料等	430点
38 救命救急入院料等	430点
39 救命救急入院料等	430点
40 救命救急入院料等	430点
41 救命救急入院料等	430点
42 救命救急入院料等	430点
43 救命救急入院料等	430点
44 救命救急入院料等	430点
45 救命救急入院料等	430点
46 救命救急入院料等	430点
47 救命救急入院料等	430点
48 救命救急入院料等	430点
49 救命救急入院料等	430点
50 救命救急入院料等	430点
51 救命救急入院料等	430点
52 救命救急入院料等	430点
53 救命救急入院料等	430点
54 救命救急入院料等	430点
55 救命救急入院料等	430点
56 救命救急入院料等	430点
57 救命救急入院料等	430点
58 救命救急入院料等	430点
59 救命救急入院料等	430点
60 救命救急入院料等	430点
61 救命救急入院料等	430点
62 救命救急入院料等	430点
63 救命救急入院料等	430点
64 救命救急入院料等	430点
65 救命救急入院料等	430点
66 救命救急入院料等	430点
67 救命救急入院料等	430点
68 救命救急入院料等	430点
69 救命救急入院料等	430点
70 救命救急入院料等	430点
71 救命救急入院料等	430点
72 救命救急入院料等	430点
73 救命救急入院料等	430点
74 救命救急入院料等	430点
75 救命救急入院料等	430点
76 救命救急入院料等	430点
77 救命救急入院料等	430点
78 救命救急入院料等	430点
79 救命救急入院料等	430点
80 救命救急入院料等	430点
81 救命救急入院料等	430点
82 救命救急入院料等	430点
83 救命救急入院料等	430点
84 救命救急入院料等	430点
85 救命救急入院料等	430点
86 救命救急入院料等	430点
87 救命救急入院料等	430点
88 救命救急入院料等	430点
89 救命救急入院料等	430点
90 救命救急入院料等	430点
91 救命救急入院料等	430点
92 救命救急入院料等	430点
93 救命救急入院料等	430点
94 救命救急入院料等	430点
95 救命救急入院料等	430点
96 救命救急入院料等	430点
97 救命救急入院料等	430点
98 救命救急入院料等	430点
99 救命救急入院料等	430点
100 救命救急入院料等	430点

改定後
病棟薬剤業務実施加算1(週1回) 100点
(新) 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき) 80点

経過措置

改定前の薬剤管理指導料の1(救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合)は、平成28年9月30日まで、なお効力を有するが、病棟薬剤業務実施加算2との併算定はできない。

留意事項通知(医学管理等通則)

算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

【薬剤管理指導料】	430点
1 救命救急入院料等	430点
2 救命救急入院料等	430点
3 救命救急入院料等	430点
4 救命救急入院料等	430点
5 救命救急入院料等	430点
6 救命救急入院料等	430点
7 救命救急入院料等	430点
8 救命救急入院料等	430点
9 救命救急入院料等	430点
10 救命救急入院料等	430点
11 救命救急入院料等	430点
12 救命救急入院料等	430点
13 救命救急入院料等	430点
14 救命救急入院料等	430点
15 救命救急入院料等	430点
16 救命救急入院料等	430点
17 救命救急入院料等	430点
18 救命救急入院料等	430点
19 救命救急入院料等	430点
20 救命救急入院料等	430点
21 救命救急入院料等	430点
22 救命救急入院料等	430点
23 救命救急入院料等	430点
24 救命救急入院料等	430点
25 救命救急入院料等	430点
26 救命救急入院料等	430点
27 救命救急入院料等	430点
28 救命救急入院料等	430点
29 救命救急入院料等	430点
30 救命救急入院料等	430点
31 救命救急入院料等	430点
32 救命救急入院料等	430点
33 救命救急入院料等	430点
34 救命救急入院料等	430点
35 救命救急入院料等	430点
36 救命救急入院料等	430点
37 救命救急入院料等	430点
38 救命救急入院料等	430点
39 救命救急入院料等	430点
40 救命救急入院料等	430点
41 救命救急入院料等	430点
42 救命救急入院料等	430点
43 救命救急入院料等	430点
44 救命救急入院料等	430点
45 救命救急入院料等	430点
46 救命救急入院料等	430点
47 救命救急入院料等	430点
48 救命救急入院料等	430点
49 救命救急入院料等	430点
50 救命救急入院料等	430点
51 救命救急入院料等	430点
52 救命救急入院料等	430点
53 救命救急入院料等	430点
54 救命救急入院料等	430点
55 救命救急入院料等	430点
56 救命救急入院料等	430点
57 救命救急入院料等	430点
58 救命救急入院料等	430点
59 救命救急入院料等	430点
60 救命救急入院料等	430点
61 救命救急入院料等	430点
62 救命救急入院料等	430点
63 救命救急入院料等	430点
64 救命救急入院料等	430点
65 救命救急入院料等	430点
66 救命救急入院料等	430点
67 救命救急入院料等	430点
68 救命救急入院料等	430点
69 救命救急入院料等	430点
70 救命救急入院料等	430点
71 救命救急入院料等	430点
72 救命救急入院料等	430点
73 救命救急入院料等	430点
74 救命救急入院料等	430点
75 救命救急入院料等	430点
76 救命救急入院料等	430点
77 救命救急入院料等	430点
78 救命救急入院料等	430点
79 救命救急入院料等	430点
80 救命救急入院料等	430点
81 救命救急入院料等	430点
82 救命救急入院料等	430点
83 救命救急入院料等	430点
84 救命救急入院料等	430点
85 救命救急入院料等	430点
86 救命救急入院料等	430点
87 救命救急入院料等	430点
88 救命救急入院料等	430点
89 救命救急入院料等	430点
90 救命救急入院料等	430点
91 救命救急入院料等	430点
92 救命救急入院料等	430点
93 救命救急入院料等	430点
94 救命救急入院料等	430点
95 救命救急入院料等	430点
96 救命救急入院料等	430点
97 救命救急入院料等	430点
98 救命救急入院料等	430点
99 救命救急入院料等	430点
100 救命救急入院料等	430点

特定集中治療室管理料の職員配置状況

- 特定集中治療室管理料1・2は、特定集中治療室管理料3・4と比較して病床数が多く、専従の医師等が全ての患者に関与している割合が高かった。
- ICUにおいて、施設基準上は求められていないが、一定程度薬剤師が配置されていた。

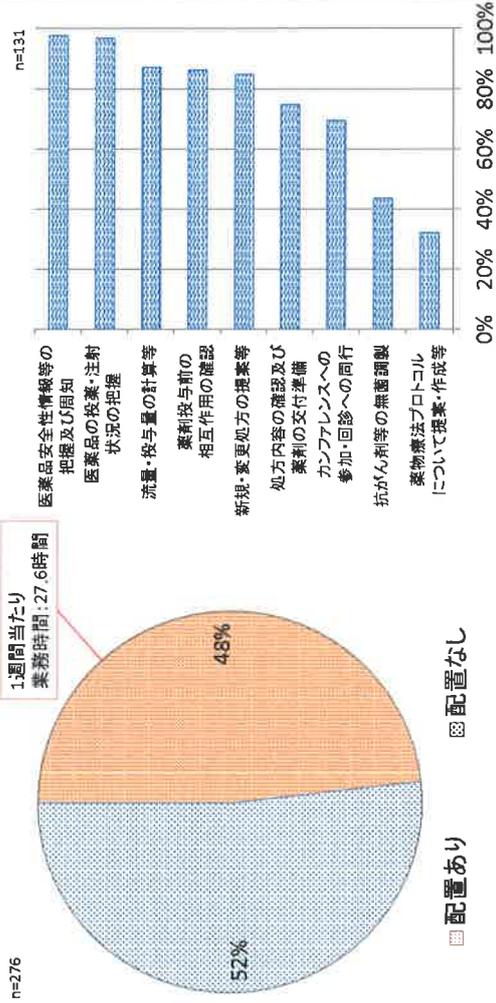
<職員の配置状況等>

病床数(平均)	15.8	特定集中治療室管理料1・2	特定集中治療室管理料3・4
5年以上の経験等を有する専従の医師数(平均)	4.6	90%	2.3
専従の医師等が全ての患者に関与している割合	90%	41.9	28.3
看護士数(平均)	3.3	1.3	0.9
臨床工学技士(平均)	0.9	0.6	0.6
薬剤師(平均)	0.6		

特定集中治療室管理料における薬剤師の配置状況

- 約半数のICUでは、専任の薬剤師を配置していた。
- ICUでの薬剤師の業務としては、医薬品安全情報等の周知や投薬状況の把握等多彩であった。

<薬剤師の専任配置>

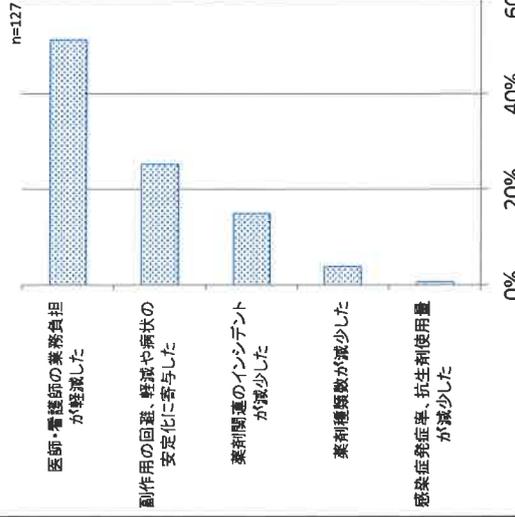


出典: 社会医療診療行為別調査(毎年6月調査分)、医療課調べ

ICUにおける薬剤師配置の効果①

- 薬剤師配置による効果として、「医師・看護師の業務負担軽減」「副作用の回避や病状安定化への寄与」「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられた。
- ICU等に薬剤師を配置した施設において、配置後に薬剤関連インシデントが減少したとの報告がある。

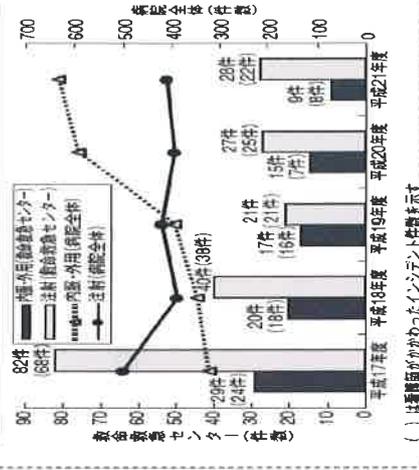
<薬剤師配置による効果>



出典: 平成27年度入院医療等の調査(施設数)、日病薬誌第48巻2号(181-184)2012年

<薬剤師配置による効果>

(参考) ~高知医療センターの事例~
 [対象]: ICU(8床)、CCU(4床)、HCU(8床)
 [介入]: 平成17年3月以降薬剤師(2~3名)を専任し、薬剤関連インシデントに対する対策の検討等を実施。

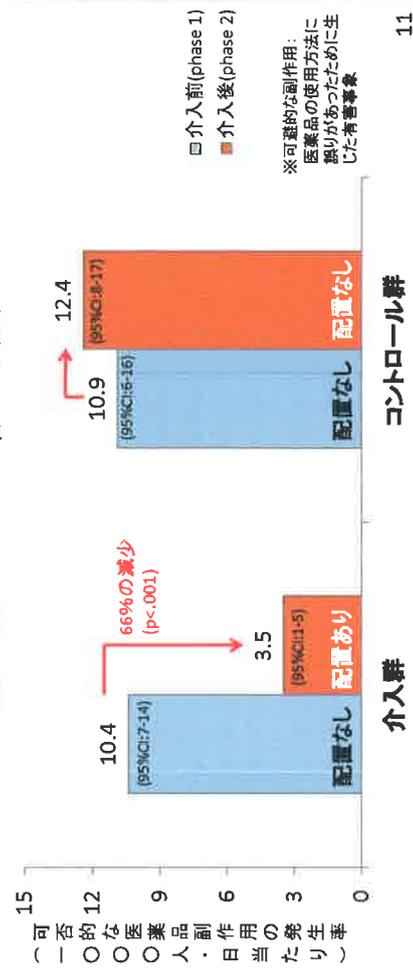


出典: 高知医療センター薬剤師による薬剤師配置の効果に関する調査報告書(2021年)

ICUにおける薬剤師配置の効果②

- [方法]
 [調査対象者]
 ・対象群(ICU)における介入前後の可否的医薬品副作用の発生率を比較
 ・1995年2月1日~7月31日(phase 1)及び1994年10月1日~1995年7月7日(phase 2)の期間に入院患者を対象を無作為に抽出
 ・介入群: phase 1: 1,751人(787人・日)、phase 2: 2,751人(861人・日) ・コントロール群: phase 1: 50人(461人・日)、phase 2: 75人(644人・日)
 [介入]
 ・介入群(ICU)で、phase 2の期間に薬剤師の配置(午前のみ、回診への同行、コンサルテーション等)を実施
 ・コントロール群(ICU)では、phase 1・2ともに薬剤師の配置は行われなかった
 [結果]
 ・コントロール群では両期間の可否的医薬品副作用の発生率に明らかな違いはみられなかったが、介入群では有意な発生率の低下がみられた。

<可否的な副作用%の発生率(1,000人・日当たり)>



出典: Leape II et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. JAMA. 1995 Jul 21;273(3):267-70

特定集中治療室管理料等についての課題と論点

- 【現状と課題】
- ・特定集中治療室に入院している患者の90%以上が「重症度・医療・看護必要度」A項目の「心電図モニター」「輸液ポンプ」に該当しており、これらの項目には高い相関がみられた。また、特定集中治療室に入院している患者で最も多くみられたA項目の組合せは、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」の3項目のみ該当する患者であった。
 - ・A項目が9点の患者は、A項目が9点以下の患者よりも、医師による指示の見直しが頻回な患者や看護士による頻回の処置・観察が必要な患者の割合が少なく、包括範囲出来高実績点数の低い患者が多くみられた。また、特定集中治療室に入院している患者のうち、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」へのみ該当する患者の割合が平均よりも著しく高い医療機関がみられた。
 - ・現在、「重症度・医療・看護必要度」B項目は対象病種によって評価体系・項目が異なるが、ハイケアユニット用の13項目での評価に代えて、一般病棟用の5項目での評価に代えて、特定集中治療室用の5項目での評価に代えて、一般病棟用の5項目での評価に代えて、一般病棟用の5項目と一致する患者が多かった。
 - ・現在、**病種別薬剤業務実施加算の算定対象に特定集中治療室等が含まれていないが、約半数の特定集中治療室において薬剤師が配置されており、配置による医療従事者の負担軽減や副作用の回避等の効果が得られたとすると回答・報告があった。**
 - ・新生児特定集中治療室に入院している「循環器の先天奇形」の患者のうち、人工呼吸や心・肺臓器の手術を実施した数や1日当たり包括範囲出来高実績点数で一般病棟より高い傾向がみられた。また、在院日数の長い患者は小児特定集中治療室において一定数みられた。

【論点】

- 特定集中治療室用の「重症度・医療・看護必要度」について、重症患者に対する評価を充実させるため、A項目のうち「心電図」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」に対する評価の見直し等を図ってはどうか。また、評価の簡素化を図るため、特定集中治療室・ハイケアユニット用のB項目を一般病棟用の評価と揃えることはどうか。
- 特定集中治療室など高度急性期医療を行う特定入院科の病棟において、**薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置することを評価してはどうか。**
- 新生児特定集中治療室及び小児特定集中治療室において、算定上限を超えて入院している割合が高い一部の重症な患者について、算定可能な日数を一定程度延長してはどうか。

外来化学療法加算の評価の見直し

外来化学療法加算の評価の見直し

▶ 外来化学療法を更に推進する観点から、外来化学療法加算の評価を見直すとともに、外来化学療法加算Bの対象範囲を拡大する。

現行	
イ 外来化学療法加算1 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 ② 15歳以上	780点 580点
(2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 ② 15歳以上	630点 430点
ロ 外来化学療法加算2 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 ② 15歳以上	700点 450点
(2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 ② 15歳以上	600点 350点

改定後	
イ 外来化学療法加算1 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 ② 15歳以上	820点 600点
(2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 ② 15歳以上	670点 450点
ロ 外来化学療法加算2 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 ② 15歳以上	740点 470点
(2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 ② 15歳以上	640点 370点

【算定要件】
(外来化学療法加算A)

薬剤分類上の腫瘍用薬を皮下、皮下及び筋肉内注射以外により投与した場合に算定
(外来化学療法加算B)

次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定

ア 関節リウマチ、クローン病、ペーチェット病、遠心性骨髄炎、骨髄性骨髄炎、骨髄性乾癬、腸関節性乾癬、腸関節性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してイ

関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャスルマン病の患者に対してイ

関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎又はキャスルマン病の患者に対してイ

関節リウマチの患者に対してアバセプト製剤を投与した場合

エ 多発性骨髄腫の患者に対してゾラタマブ製剤を投与した場合

2. 外来化学療法加算及び無菌製剤処理料の評価の見直し

無菌製剤処理料の評価の充実

無菌製剤処理料の評価

▶ 抗がん剤への被曝防止等の観点から、閉鎖式接続器具を用いた無菌製剤処理の対象薬剤を拡大するとともに、実勢価格を踏まえて評価の見直しを行う。

現行		改定後	
無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (1) 揮発性の高い薬剤の場合 (2) (1)以外の場合	150点 100点 50点	無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (薬剤による区別を削除)	180点
ロ イ以外の場合 【算定要件(抜粋)】 ・ 無菌製剤処理料1のイの(1)に規定する揮発性の高い薬剤とは、次に掲げる成分を含有する薬剤である。 イ ホスファミド、シクロホスファミド、ベンジダムスチン塩酸塩 ・ 安全キャッチネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましいこと。		ロ イ以外の場合 【算定要件(抜粋)】 (薬剤による区別を削除) ・ 安全キャッチネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。	45点

閉鎖式接続器具の例)

バイアル用接続器具：バイアルの内外の差圧を調節することにより薬剤の飛散を防止する。



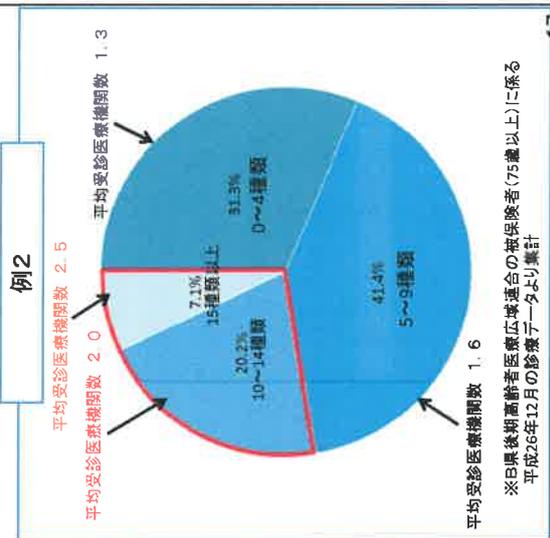
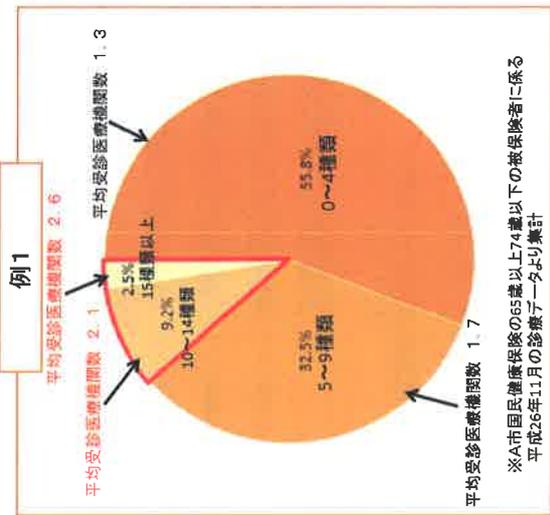
3. 医薬品の適正使用の推進

① 多剤・重複投薬の削減

高齢者の多剤投与の状況

中医協 診 - 2
27.7.22

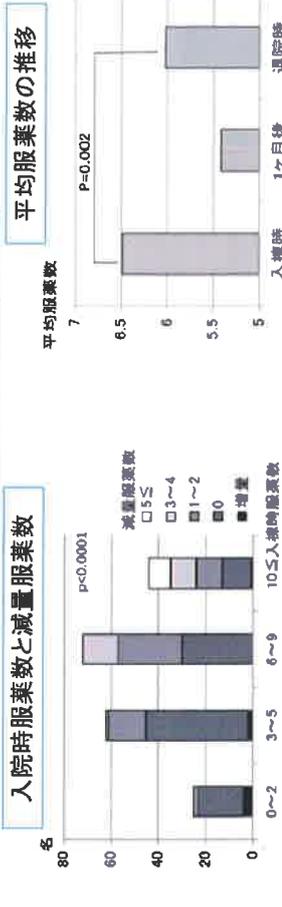
高齢者の投薬については、複数の医療機関から合計10種類を超えて投薬されている患者が一定割合存在している。



服薬数を減少させた事例①

- ガイドラインに沿って院内の減量方針を策定し、その方針に基づき入院患者の服薬数を減量。
- 入院早期に介入し、薬剤数の減量を試みる事が重要であった。
- 入院長期化の影響による不定診訴で薬剤数が増加する場合は、薬剤師によるカルテ情報等の把握による、減量助言、服薬支援によって、効果的な減薬を実施できた。

病棟における服薬数の減量



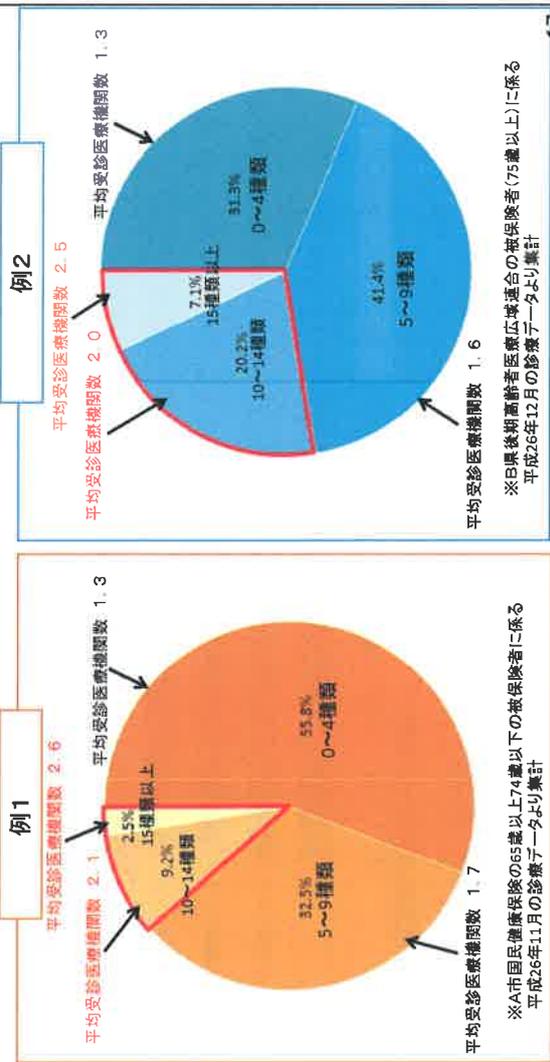
※高齢者や体格が小さい患者に対して成人常用量であったため、1日3回から2回への減量や同種同剤の服薬数の減少を行うことができた。また1~2剤の患者では、さらなる減少は困難だが、多剤併用者ほど薬剤数が減少してきた。

- 施設: 196床の病院(回復期リハ病棟42床)
- 対象患者: 2009年1月~12月に回復期リハ病棟に入院した患者203名
- 介入方法: 「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2008」に沿って院内の減量方針を策定し、その方針に基づき、病棟において服薬数の減量を実施。

出典: 日老医誌 2010;47:440-444

服薬数を減少させた事例②

多剤併用改善の取り組みを医師と薬剤師が連携して実施することにより、睡眠薬処方98.4%が改善され、重複処方が大幅に減少した。



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 入院前にも併用以上の内服薬(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、服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4種類以上減少した場合
② 精神疾患に入院中の患者であって、入院前又は退院1年前のうちいずれか適い時点で併用以上の内服薬を4種類以上服用していたものについて退院までの間に抗精神病薬の連投数が2以上減少した場合。なお、保険医療機関がケイロプロロジン換算を用いた評価を行う場合には、2リットルゾロジン換算で3,000mg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、服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4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健衛生を行った場合は、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8009診療情報提供料(1)は算定できない。

出典: 日老医誌 2010;47:440-444

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	改定後
<p>【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。</p> <p>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</p> <p>《算定対象》</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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。) 	<p>【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、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。</p>
<p>● 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</p> <p>● 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。)</p>	<p>以下の疑義照会を行い処方内容に変更があった場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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)

3. 医薬品の適正使用の推進 ②残薬の削減

外来患者の残薬削減の取組

- 節薬バッグ運動: 外来患者の残薬の現状とその有効活用による医療費削減の取組(福岡市薬剤師会)
- 実施期間: 2013年2月～2014年1月
- 実施内容: 薬局において、本活動の同意が得られた患者に「節薬バッグ」を渡し、次回来局時に残薬をバッグに入れて持参してもらい、残薬確認と調整を行う。(参加薬局127、協力患者1,367人)



＜残薬確認による薬剤費削減率＞

処方せん1枚当たり	削減された薬剤費(円)	削減された薬剤費(円)	薬剤費の削減率(%)
	8,280**	1,101**	15.54**
	(4,322-15,044)	(412-2,669)	(6.57-33.30)
総数	16,593,964	3,492,722	21.05

※中央値(四分位範囲)

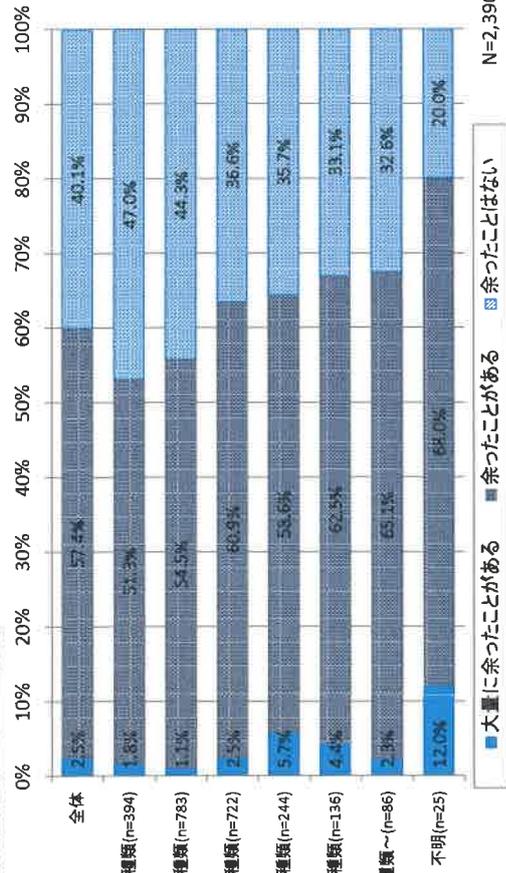
処方された薬剤費(総数)の約20%を削減

【出典】福岡市薬剤師会における医療費および患者負担軽減を目指す残薬調整の取り組み～節薬バッグ運動の実践～

服用薬剤種類数別の残薬発生状況

服用する薬剤の種類数が多いほど、残薬が発生する患者の割合は増加する傾向にある。

医療用医薬品が余った経験 ※患者調査



■ 大量に余ったことがある ■ 余ったことがある ■ 余ったことはない N=2,390

H27医療課題委託調査(薬局の機能に係る実態調査)

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	改定後
<p>【外来服薬支援料】 185点</p> <p>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及び、当該患者が服薬中の薬剤剤について、当該薬剤を処方した保険薬剤師の治癒上の必要性及び服薬管理に必要となる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。</p>	<p>【外来服薬支援料】 185点</p> <p>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又は保険医療機関の求めに及び、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薬剤師の治癒上の必要性及び服薬管理に必要となる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。</p> <p>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及び、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は、所定点数を算定できる。</p>



かかつけ薬品

服薬管理等を実施



服用薬等を持参
(下記のような袋を活用)



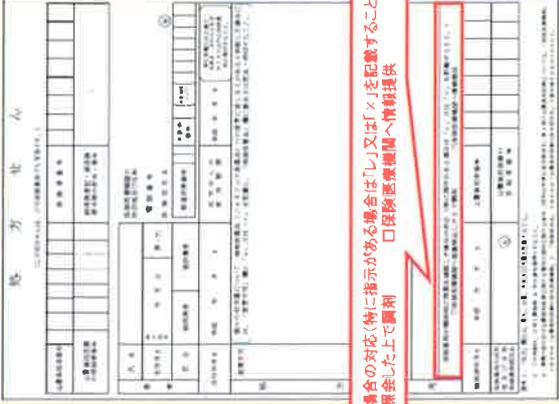
自宅での服用薬等(残薬含む)

医薬品の適正使用の推進④

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に、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。



保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合は「注」又は「メ」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

医療保険制度における医薬品の処方日数制限に関する取扱い

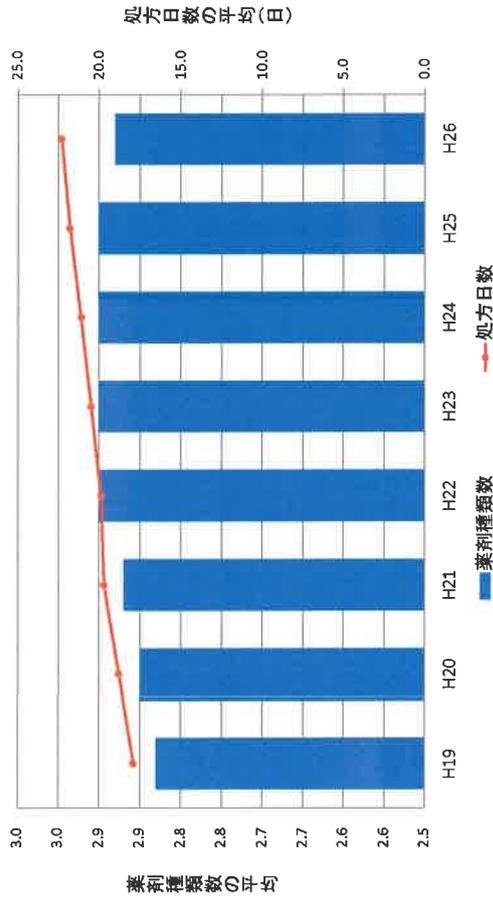
- 平成14年3月まで
特定の疾患、医薬品に限り長期投与を認めるものの、それ以外は原則として1回14日分を限度として制限。
- 平成14年4月以降
慢性疾患の増加等に伴い、投薬治療も長期に及ぶものが増加し、長期投与対象医薬品の拡大の必要性が関係学会等から多数指摘されたこと等を踏まえ、一部の医薬品(薬価収載から1年未満の新医薬品、麻薬及び向精神薬等)は引き続き投薬日数制限の対象とするものの、原則として投薬日数制限を行わない。
- 平成22年10月27日中医協了承
新医薬品については、薬価基準収載の翌月の初日から1年間は、原則、1回14日分を限度として投与することとされているが、当該処方日数制限を行うことが不合理と考えられる場合(既収載品を組み合わせた配合剤、疾患特性・製剤特性から1回の投薬期間が14日を超えることに合理性があるもの等)で、中医協で承認が得られたものは例外的な取扱いとする。

3. 医薬品の適正使用の推進

③長期処方と分割調剤

院外処方1件あたりの薬剤種類数、処方日数の推移

- 処方1件あたりの薬剤種類数は、平成22年以降は横ばいで推移している。
- 処方1件あたりの処方日数は近年緩やかに増加している。



出典：平成26年度調剤医療費（電算処理分）の動向 29

医薬品の適正使用の推進⑤

長期投薬の取扱の明確化【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に記載する。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

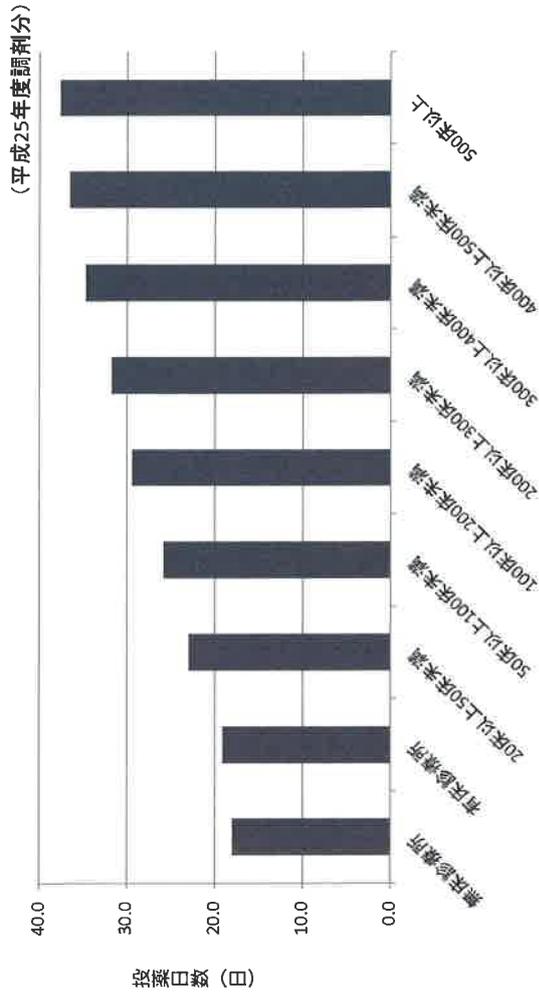
- 調剤基本料、調剤料、薬等管理料※
- 分割調剤しない場合(90日分割調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとにA/3点
- ※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点
- 薬剤料 ⇒ 分割調剤ごとに30日分の薬剤料



31

病床規模別にみた平均投薬日数(内服薬・総数)

院外処方の平均投薬日数は、病床規模が大きくなるにつれて長くなる傾向がある。



出典：調剤医療費の動向(厚生労働省保険局調査課)

30

分割調剤等に対する関係会議からの指摘

- 「経済財政運営と改革の基本方針2014」(平成26年6月24日閣議決定)

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

- 2. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

(1) 社会保障改革

(薬価・医薬品に係る改革)

医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性・適正性について検証するとともに、診療報酬上の評価において、調剤重視から服薬管理・指導重視への転換を検討する。

その際、薬剤師が処方変更の必要がないかを直接確認した上で一定期間内の処方箋を繰返して利用する制度(リフィル制度)等について医師法との関係に留意しつつ、検討する。

- 「規制改革実施計画」(平成27年6月30日閣議決定)

II 分野別措置事項

- 1. 健康・医療分野

(2) 個別措置事項

- ① 医薬分業推進の下での規制の見直し

リフィル処方せんの導入や分割調剤の見直しに関する検討を加速し、結論を得る。

【平成27年度検討・結論】

32

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	改定後
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

【服薬情報等提供料】
 20点
 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られた場合において、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相談し、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割合に1割に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴の記載に配慮すること。

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



※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。

4. 後発医薬品の使用促進策

後発医薬品の使用促進等について①

後発医薬品使用体制加算の見直し

➤ 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。

旧指標	現行	改定後	
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1(新指標で70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2(旧指標で20%以上)	28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

➤ 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

外発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

(新)

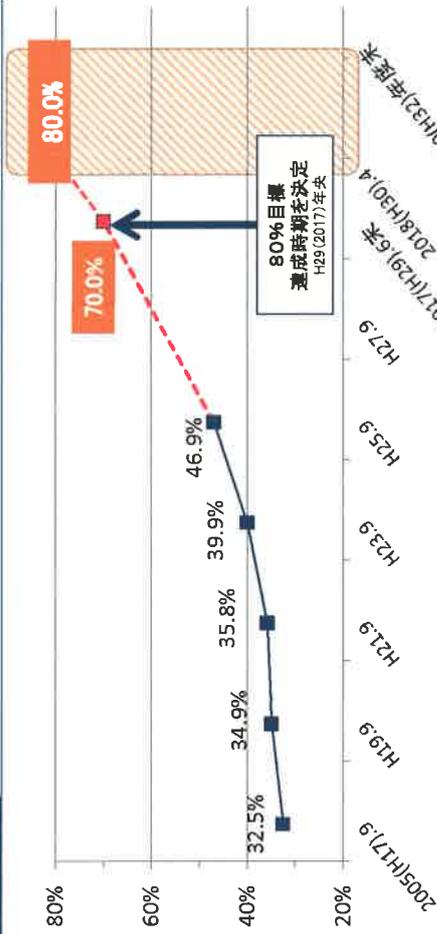
【施設基準】

- ① 薬剤師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、外発後発医薬品使用体制加算1にあっては70%以上、外発後発医薬品使用体制加算2にあっては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標示していること。

後発医薬品の数量シェアの推移と目標値

➤ 経済財政運営と改革の基本方針2015

- 数量シェア目標
- ① 2017年(平成29年) 中に70%以上
 - ② 2018年度(平成30年度) から2020年度(平成32年度) 末までの間のなるべく早い時期に80%以上



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

後発医薬品の使用促進等について②

一般名処方加算の見直し

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	改定後
一般名処方加算 2点	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算定する。	【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。

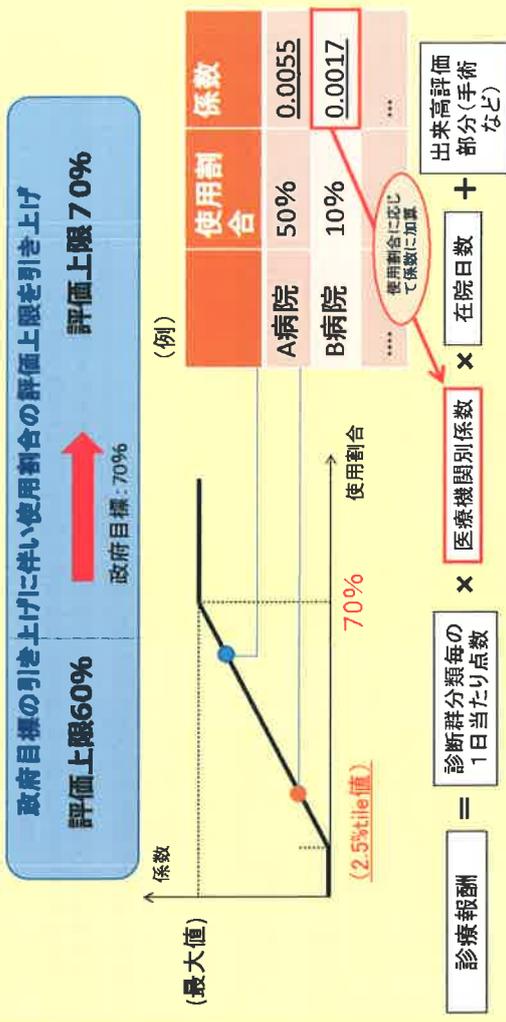
後発医薬品の銘柄を指定して処方する際の取扱い

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③

後発医薬品指数 (DPC対象病院)

DPC (診断群分類) に基づく1日あたり包括払い制度) 病院については、当該医療機関の入院医療で使用される後発医薬品の使用割合 (数量ベース) に基づく評価を実施 (使用割合に応じた係数を付与)



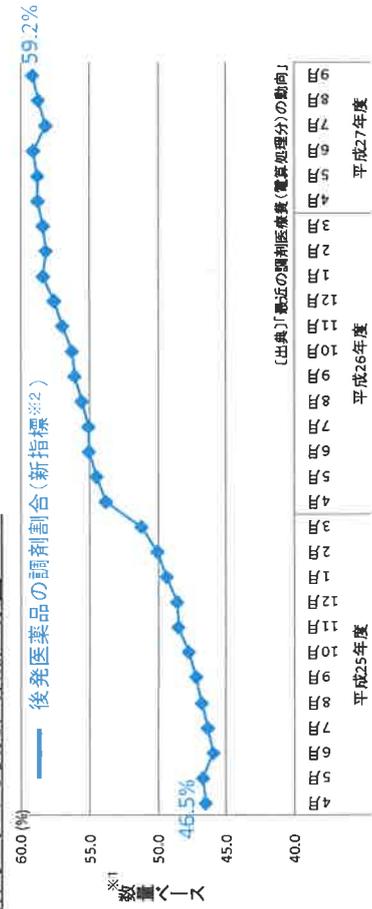
後発医薬品の使用促進等について④

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55%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75%以上) 22点

薬局における後発医薬品の数量シェア

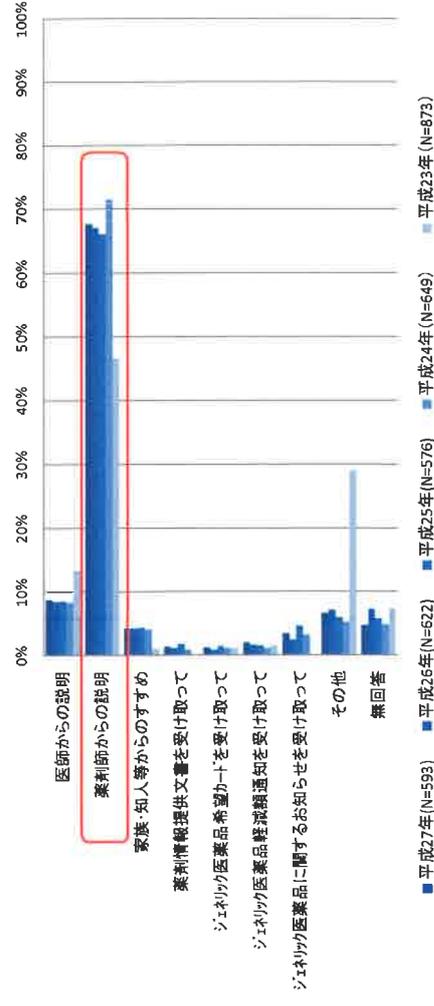


※1: 数量ベースとは、調剤数量を示すものを指し、処方箋の枚数を指す。 ※2: 新指標は「後発医薬品の数量」(後発医薬品の数量)、「後発医薬品の数量」(後発医薬品の数量)を指す。

先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけ(患者調査)

先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけは、「薬剤師からの説明」が7割と最も多い。

先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけ



DPCに基づく急性期医療の適切な評価②

機能評価係数Ⅱの新項目

➤ 重症度指数を追加した8指数により評価を行う。

✓ 診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価

現行	平成28年改定
① 保険診療指数	① 保険診療指数
② 効率性指数	② 効率性指数
③ 複雑性指数	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	⑥ 地域医療指数
	⑦ 後発医薬品指数
	⑧ 重症度指数

評価指標(指数)の計算方法

当該医療機関における(包括範囲出来高点数)÷〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕を評価する。
(ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日までの包括範囲出来高点数は除外する。)

DPCデータ(退院患者調査)の見直し:持参薬関連

EF統合ファイル

項目名	対象患者	内容	考え方
持参薬	DPC対象病院・DPC連携病院のDPC対象病棟に入院する患者	持参薬を使用した場合は薬剤ごとに出力。 持参薬を使用した場合は薬剤ごとに点数情報を求めて記載を定める。	

【前提】

DPC制度における診断群分類点数表には、入院中に使用される薬剤費も含まれた点数を設定している。

DPC留意事項通知

入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病棟において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該病棟の医師に処方される薬剤に限り認められない。なお、特別な理由がない限り、当該病棟以外の病棟等に処方された薬剤を患者に持参させ、当該病棟が使用する場合は特別な理由がない限り認められない。なお、特別な理由とは、単に病棟や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状況等に起因した個別具体的な理由であることが必要である(やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合には、当該特別な理由を診療録に記載すること。)

【論点】

持参薬を使用した場合には、二重に点数を計上する事になるのではないかと指摘があり、実態を把握し議論をする必要がある。



平成28年10月より、入院中に持参薬を使用した場合は、**薬剤名・使用量等**をEFファイルに出力する。

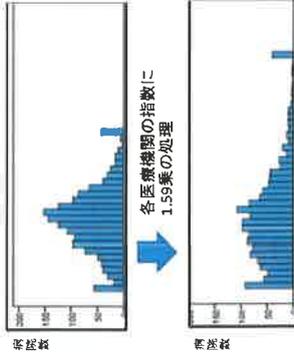
※当該入院期間中の日であれば、薬剤を使用した日でなくともよい(退院日に一括出力可とする。)
※つまり、全く持参薬を使用しない場合には出力の必要はない。

DPCに基づく急性期医療の適切な評価③

機能評価係数Ⅱの重み付け

➤ 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。

標準化のイメージ



具体的な設定	上限度	下限度	係数	標準化	評価の考え方
保険診療	(固定の係数値のため設定なし)		最大値	(※4)	群ごとに評価
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0		全群共通で評価
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0		群ごとに評価
カバー率	1.0	0(※1)	0		群ごとに評価
救急医療	97.5%tile値	0(※2)	0		全群共通で評価
地域医療(受量)	1.0	0	0		群ごとに評価
後発医薬品	97.5%tile値	2.5%tile値	0		全群共通で評価
重症度	90%tile値	10%tile値	0		群ごとに評価

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、血群では下限値・最小値を30%tile値とする
※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3 上限値は70%とする。
※4 分散が均等なように標準化を行う(標準化対象の分散の平均値へ標準化)。

対象の係数の分散が一定になるように標準化を行う。

(参考)持参薬の取り扱い

○入院の契機となる疾患に対して使用する薬剤を患者に持参させて使用することが望ましくないことをDPC/PDSとして明確化するため、下記のような規定を設けることとする。

DPC対象病院は、当該病院に入院することが予め決まっている患者に対し、当該「入院の契機となった傷病」を治療するために使用することを目的とする薬剤については、特段の理由がない限り、当該病院の外來で事前に処方すること等によって患者に持参させ入院中に使用してはならない(特段の理由がある場合は診療録に記載すること)。

(例:がんの治療を目的に予定入院する患者に対し、内服の抗がん剤や制吐薬を外來で処方し患者に持参させ、入院中に使用してはならない。)

○持参薬の使用に関する医療機関ごとの状況についてより正確に把握するため、退院患者調査の様式11によって調査することし、必要に応じてナショナルデータベース等のレポート情報の活用を今後検討することとする。

(考え方)

平成25年度特別調査(ヒアリング調査)の結果、以下の持参薬は院内採用薬以外の治療を可能にする側面があり、例えば、大学病院のように総合的な診療体制が整っている医療機関においては問題となりくい、専門病院等では当該病院にない診療科の治療を入院中も継続する際には持参薬が必要となる場合があるという意見があった。

入院の契機とは直接関係のない疾患に対する薬剤については、特に中小病院の場合に院内採用がされていないこと等により持参薬が必要となる事例も多いと考えられるが、入院の契機となる疾患に対する薬剤については通常は院内処方が可能であると考えられる。

医師主導治療における保険外併用療養費の対象拡大

医師主導治療における保険外併用療養費の対象拡大

採算性等の問題で企業治療が行われないが、臨床の現場で必要性の高い医薬品を患者に届けるために実施される医師主導治療について、治療医師・医療機関の負担を更に軽減するため、保険外併用療養費の支給対象を拡大する。

○医師主導治療における保険外併用療養費の給付範囲



(例) 卵巣がんを対象とした医師主導治療

治療薬	テムシロリムス
併用薬	カルボプラチン パクリタキセル (卵巣がんに反応あり)

既に適応を有して保険適用され、治療に併用される同種同効薬について、専任は保険外併用療養費の支給対象となる。

医薬品の医師主導治療については、
同種同効薬の投薬・注射に係る費用も
保険外併用療養費の支給対象とする。

6. その他

認知症患者への適切な医療の評価

身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価

身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。

(新) 認知症ケア加算1	イ 14日以内の期間	150点(1日につき)
	ロ 15日以上	30点(1日につき)
認知症ケア加算2	イ 14日以内の期間	30点(1日につき)
	ロ 15日以上	10点(1日につき)

・身体拘束を要した日は、所定点数の100分の80に相当する点数に該当する者。
・対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。

【算定要件】

- 認知症ケア加算1
① 認知症ケアチームと連携して看護計画を作成し、当該計画を実施するとともに、定期的にその評価を行う。
② 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- 認知症ケア加算2
① 認知症ケアチームは、①週1回程度カンファレンス及び病棟の巡回等を実施するとともに、②当該医療機関の職員を対象とした認知症患者のケアに関する定期的な研修を実施する。

【施設基準】

- 認知症ケア加算1
① 以下から構成される認知症ケアチームが設置されていること。
ア 認知症患者の診療に十分な経験と知識のある専任の常勤医師
イ 認知症患者の看護に必要となる経験と知識を有した専任の常勤看護師
ウ 認知症患者等の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
※ア〜ウのほか、当該患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が参加することが望ましい。
- 認知症ケア加算2
① 身体的拘束の実施を目的とした認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

- 認知症ケア加算2
① 認知症患者が入院する病棟に、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数名配置すること。
② 身体的拘束の実施を目的とした認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。

質の高い精神医療の評価

精神科リエゾンチームのさらなる普及

チームを構成する看護師や精神保健福祉士等の要件を緩和するとともに評価を充実する。

精神科リエゾンチーム加算	200点(週1回)
現行	300点(週1回)

【施設基準】
(1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。
ア 5年以上の経験を有する専任精神科の医師
イ 精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
ウ 精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人。

精神科リエゾンチーム加算	300点(週1回)
改定後	300点(週1回)

【施設基準】
(1)以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。
ア 5年以上の経験を有する専任の精神科医師
イ 精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
ウ 精神科病院等での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人。ただし、当該チームが診療する患者が週に15人以内の場合には、専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者とすることが出来る。

「専任の常勤薬剤師等」 → 「一定の条件下で専任の常勤薬剤師等でも可」

重症度、医療・看護必要度の評価の対象となる処置等の実施者

○ チーム医療の推進により、薬剤師や理学療法士等の様々な職種が、病棟において処置・介助等を実施する機会が増えているが、現在の「重症度、医療・看護必要度」の評価において、基本的には、看護職員以外の職種が実施した場合や評価の記録は、評価の対象となっていない。

＜看護職員以外の職種が実施することのある処置・介助等の例＞

項目の例	評価対象となる処置等の内容	看護職員以外に実施することが考えられる職種等の例
A項目	「7 専門的な治療・処置」 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	薬剤師
B項目	「8 嚥下り」	理学療法士、作業療法士等
	「12 口腔清潔」	歯科衛生士
	「13 食事摂取」	管理栄養士

こうした項目も、看護職員が処置等を実施し記録した場合のみが、「重症度、医療・看護必要度」の評価の対象となっている。

（参考）医療機能に応じた入院医療の評価について

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

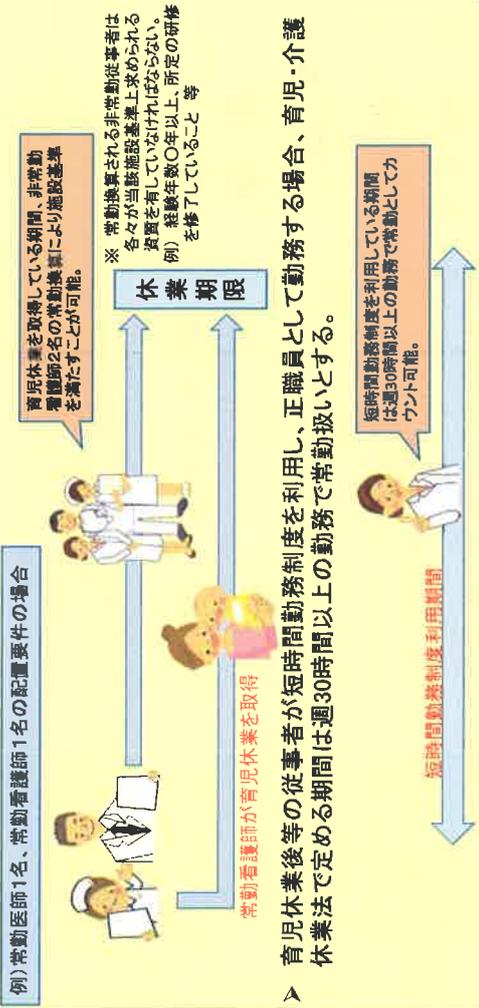
急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について見直しを行う。

【施行基準】	【改定後】
(一般病棟用重症度、医療・看護必要度の取扱いに係る評価値)	(一般病棟用重症度、医療・看護必要度の取扱いに係る評価値)
<p>【施行基準】</p> <p>A項目2点以上かつB項目8点以上</p> <p>【A項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 創傷処置 ①創傷の処置(消毒の処置を除く。)、②清創の処置 2 呼吸ケア(酸素吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同種3本以上の管理 4 心電図モニター管理 5 シリンジポンプ管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 <p>【B項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> 9 嚥下り 10 嚥食 11 口腔清潔 12 食事摂取 13 衣服の着脱 	<p>【改定後】</p> <p>A項目2点以上かつB項目3点以上、かつC項目3点以上又はD項目1点以上</p> <p>【A項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 創傷処置 ①創傷の処置(消毒の処置を除く。)、②清創の処置 2 呼吸ケア(酸素吸引のみの場合を除く。) 3 点滴ライン同種3本以上の管理 4 心電図モニター管理 5 シリンジポンプ管理 6 輸血や血液製剤の管理 7 専門的な治療・処置 8 救急処置後の入換 <p>【B項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> 9 嚥下り 10 嚥食 11 口腔清潔 12 食事摂取 13 衣服の着脱 14 衣服の着脱 15 創傷処置 16 創傷処置 17 創傷処置 18 創傷処置 19 創傷処置 20 創傷処置 21 創傷処置 22 創傷処置

医療従事者の負担軽減・人材確保について

常勤配置の取扱いの明確化

施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。



「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

項目の変更、チーム医療の推進に伴い、評価の対象場所、評価者等について見直しを行う。

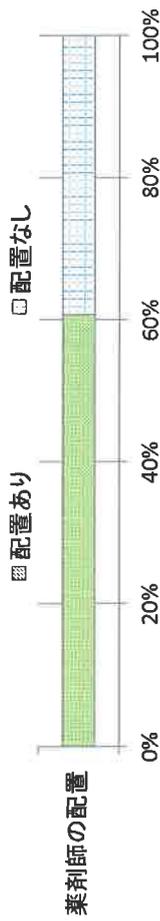
【施行基準】	【改定後】
<p>【評価対象場所】</p> <p>当該病棟(病室)内の各病室(病室)内において実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含まれる。</p>	<p>【評価対象場所】</p> <p>当該病棟(病室)内の各病室(病室)内において実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含まれる。</p>
<p>【評価対象者】</p> <p>当該病棟(病室)内の各病室(病室)内において実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象者に含まれる。</p>	<p>【評価対象者】</p> <p>当該病棟(病室)内の各病室(病室)内において実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象者に含まれる。</p>

項目の変更に伴い、該当患者割合及び評価方法に係る経過措置を設ける。

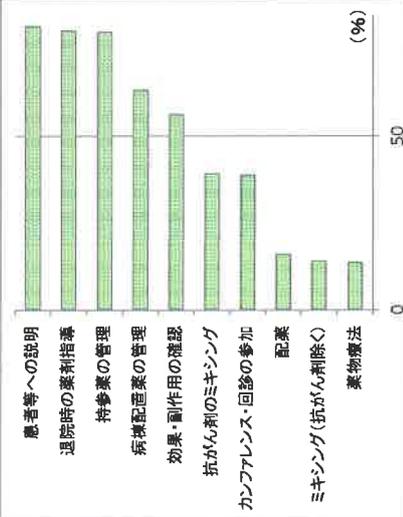
要件	対応方法
<p>該当患者割合</p> <p>7割1入院基本料、看護必要度加重、急性期病棟用医師加算、看護職員加算、救急病棟入院料2・4、特定集中治療室管理料</p>	<p>平成28年3月31日以前、当該入院患者を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。</p>
<p>評価値</p> <p>7割1入院基本料、10割1入院基本料、看護必要度加重、急性期病棟用医師加算、看護職員加算、救急病棟入院料2・4、特定集中治療室管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料(注7)</p>	<p>平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前評価値を用いて測定しても差し支えない。</p> <p>平成29年1月1日以後は、平成29年度診療報酬改定前評価値を用いて測定することとする。</p>

病棟における薬剤師配置の効果

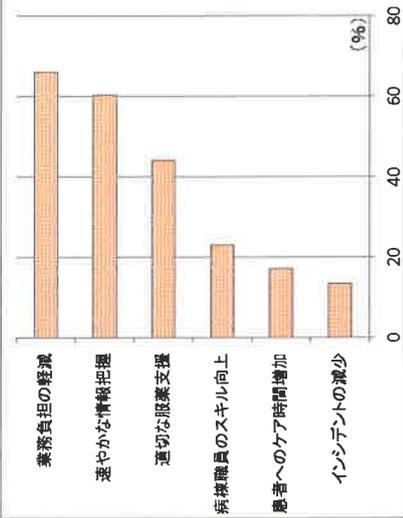
<薬剤師の病棟配置状況>



<病棟薬剤師が担っている業務>

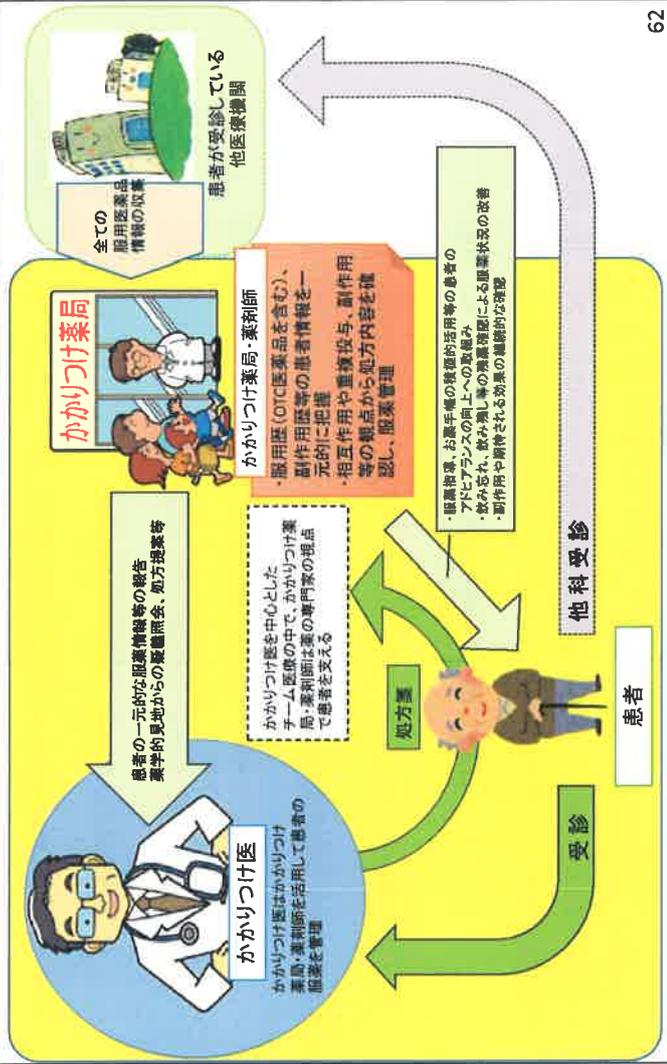


<病棟薬剤師の配置による効果>



出典:平成26年度検証部会調査(チーム医療:看護師専業)

かかりつけ医とかかりつけ薬局・薬剤師の連携による薬学的管理



① 質が高く、効率的な医療提供体制⇒地域差の縮小
 ・都道府県が提供体制と保険制度の両面から責任を果たす体制の確立
 [今年度法改正(予定)、平成30(2018)年度施行]
 ・地域医療構想の策定支援、医療費適正化計画の前倒し・加速化
 適正化指標の精緻化・見える化]手法による地域差縮小 など
 [平成30(2018)年度改定⇒前倒し]
 ・医療費適正化に取り組み市町村の支援
 [医療費適正化支援制度(平成30(2018)年度～)の趣旨を強行補助制度に前倒しで反映]

② プライマリケアの強化
 「患者のための薬局ビジョン」の策定(年内公表予定)
 「患者のための薬局ビジョン」の策定(年内公表予定)
 薬局がチームの一員として参画することを促進し、地域包括ケアを推進させる。
 ・かかりつけ医の普及
 [平成26(2014)年度診療報酬改定で初めて診療・平成28(2016)年度改定で更なる評価を付し、先行事業を収容・構展開]
 ・質が高く、効率的な介護サービス提供体制⇒適正な給付
 ・介護保険事業計画に基づく自治体のPDCAの取組を支援
 [第6期計画、平成27(2015)年度～、第7期計画、平成30(2018)年度～]
 ・適切なケアマネジメントの推進、保険者ごとの給付分析等を通じた給付の適正化

④ 情報連携のためのICT基盤の構築
 ①平成30(2018)年度までに医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開
 ②平成32(2020)年度までに医療現場のデジタル化として400床以上の一般病院の90%が電子カルテを導入
 ⑤ 医療介護人材の確保・養成
 ・地域医療支援センターの機能充実に向けた支援

平成27年5月26日 経済財政諮問会議 塩崎厚生労働大臣提出資料

薬局・薬剤師の将来像



- 日本薬剤師会
 - 薬剤師の将来ビジョン
 - 薬局ブランドデザイン 2014
- 日本医療薬学会
 - 薬局のもとめられる機能ととるべき姿
 - ・ 薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究
 - 厚生労働省医薬食品局総務課長通知(薬務主管部局長)
 - H26年調剤報酬改定にも反映

かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

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

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

24時間対応・在宅対応
 ● 閉居時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関する随時電話相談を実施。
 ● 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
 ● 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。
 (参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で真夜調剤加算を取得)
 ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
 ・ハき地等では、患者の状況確認や相談受付け、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も必要。

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

経済財政運営と改革の基本方針2015 (抜粋) (平成27年6月30日閣議決定)

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題
- 【1】社会保障
 (薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革)
- ・ かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討するとともに、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や医師との連携による地域包括ケアへの参画を目指す。
 - ・ 平成28年度診療報酬改定において、調剤報酬について、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証した上で、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化を行い、患者本位の医薬分業の実現に向けた見直しを行う。

・ 経済財政運営と改革の基本方針2014(骨太)
 医薬分業の下での調剤技術料、薬学管理料の妥当性・適正性の検証

規制改革実施計画 (平成27年6月30日閣議決定)

<医薬分業推進の下での規制の見直し>

事項名	規制改革の内容	実施時期
薬局における診療報酬とサービスの在り方の見直し	<p>地域包括ケアの推進において、薬局及び薬剤師が薬学的管理・指導を適切に実施する環境を整える観点から、かかりつけ薬局の要件を具体的に明確化するなど、薬局全体の改革の方向性について検討する。</p> <p>薬局の機能やサービスに応じた診療報酬となるように、調剤報酬の在り方について抜本的な見直しを行い、サービスの質向上と保険財政の健全化に資する仕組みに改める。門前薬局の評価を見直すとともに、患者にとってメリットが実感できる薬局の機能は評価し、実際に提供したサービスの内容に応じて報酬を支払う仕組みに改めるなど、努力した薬局・薬剤師が評価されるようにする。</p>	平成27年度 検討・結論
	<p>薬局においてサービス内容とその価格を利用者に分かりやすく表示し、利用者が薬局を選択できるようにする。さらに、利用者がサービスごとに利用の要否を選択できるように、提供されたサービスを認めることなども含めてサービスの提供の在り方を検討する。</p>	平成27年度 検討・結論 平成28年度 措置

28年度 診療報酬改定率

(1) 診療報酬本体 +0.49% (国費 +498億円)	各科改定率 内科 +0.56% 歯科 +0.61% 調剤 +0.17%	(3) 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項 (国費 ▲609億円) ① 医薬品価格の適正化 (国費 ▲502億円) ・新規収載された後発医薬品の価格引下げ ・後発医薬品の数量シェア目標の引上げを踏まえた長期収載品の特例的引下げの基準見直し ・市場拡大再算定による薬価の見直し、年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施
(2) 薬価等 ① 薬価 ▲1.22% (国費 ▲1,247億円) ※上記のほか、 ・市場拡大再算定による薬価の見直し(国費 ▲200億円) ・年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施(国費 ▲282億円) 等により国費 ▲502億円((3)に後述)	② 材料 ▲0.11% (国費 ▲115億円)	② 大型門前薬局等に対する評価の適正化 (国費 ▲38億円) ③ 経腸栄養用製品に係る給付の適正化 (国費 ▲42億円) ④ その他(湿布薬の1処方当たりの枚数制限等) (国費 ▲27億円)
○ 全体で国費 ▲1,495億円(28年度予算ベース)、医療費 ▲6,200億円程度(平年度ベース)		

平成28年度 診療報酬改定の基本方針

「基本的視点」	「具体的方向性」
(1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点	<p>地域包括ケアシステム推進のための取組の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の薬物療法の有効性、安全性確保のため、診療報酬の一元的把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化。 医療機関間の連携、医療介護連携、栄養指導等、地域包括ケアシステムの推進のため医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組等を強化 質の高い在宅医療、訪問看護の確保 患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効率的で質の高い在宅医療・訪問介護の提供体制を確保。
(2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的で質の高い医療を実現する視点	<p>かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の薬物療法の有効性、安全性確保のため、診療報酬の一元的把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を評価。(調剤)
(3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点	<p>緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価 かかりつけ薬剤師・薬局による患者移動に伴う在宅療養への対応強化 適正化
(4) 効率化・適正化を通じた制度の持続可能性を高める視点	<p>後発医薬品の使用促進、価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討</p> <ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の使用促進について、「経済財政運営と改革の基本方針2015」で掲げられた新たな目標の実現に向けた診療報酬上の取組について見直し。 現行に向けた診療報酬上の取組を減らすための取組の推進など、医師等の適正な使用の推進 医師・薬剤師の能力による取組を進め、医師や薬剤師の役割を明確化、必要十分な診療報酬の削減を推進。 医師・薬剤師の役割を明確化するための報酬改定の見直し 服薬情報の一元的把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化を推進。

平成28年度 調剤報酬 改定関連項目

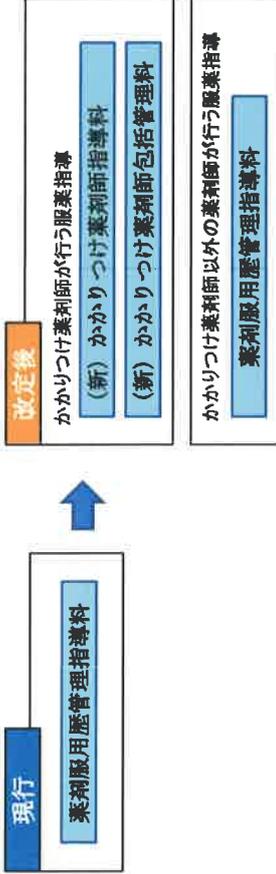
◆ 地域包括ケアシステムにおける地域完結型の医療・介護提供体制において、地域の薬局・薬剤師の機能と役割はどうあるべきか？

1. かかりつけ薬剤師・薬局機能の評価
2. 在宅薬剤管理指導業務の推進
3. 患者の服薬状況の一元的・継続的な管理の評価
4. 薬局における対人業務の評価の充実
5. 後発医薬品の使用促進(指標の見直し・環境整備)
6. 医・薬連携による医薬品の適正使用の推進
7. いわゆる門前薬局の評価の見直し

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

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

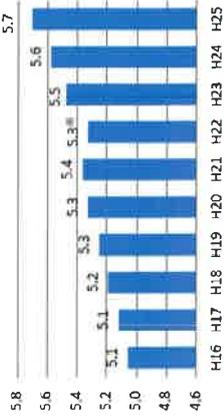


2. かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価 (基準調剤加算の見直し)

○ 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を評価するため、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。

薬局・薬剤師を取り巻く現状 (本xpp20)

薬局数の推移(万)



薬剤師数の推移(万人)



※宮城県及び福島県の一部は統計されていない。
出典)厚生行政報告例

薬局の処方箋必需の状況

薬局数 (H25) : 57,071

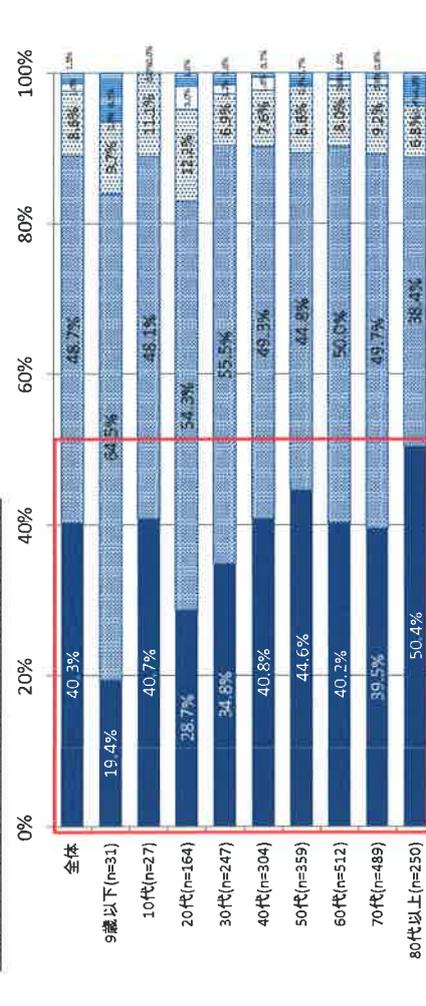


■ 主に近隣にある特定の薬局の処方箋を必要としている薬局数(万) ■ その他
 ■ 主に近隣にある特定の薬局の処方箋を必要としている薬局数(万) ■ 主に近隣にある特定の薬局の処方箋を必要としている薬局数(万)
 ※ 医療機関が少ない地域では、かかりつけ薬局としての機能を果たしている薬局もある。
 平成24年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成25年度調査) 処方箋必要品の使用状況調査 結果概要より抜粋

かかりつけ薬局の利用状況

どこの医療機関にかかっても同じ薬局で薬を受け取る患者は、年齢が高くなるにしたがって増加する傾向があり、80代以上においては約半数の患者がかかりつけの薬局を持っているとの回答であった。

受診後に薬を受け取る場所(医療機関、薬局)



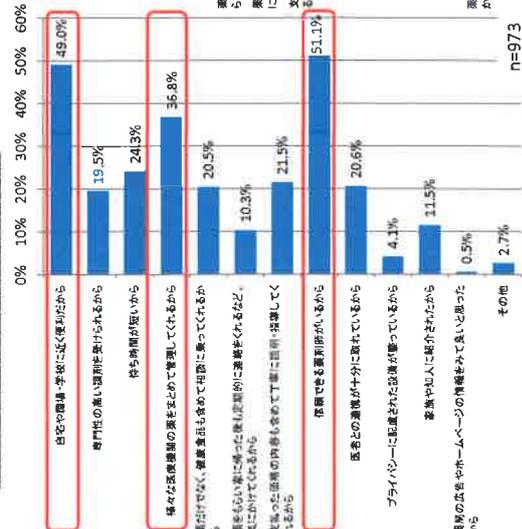
※患者調査 n=2,417

■ どの医療機関にかかっても同じ薬局
 □ 医療機関で薬剤師から
 □ 医療機関で薬剤師以外から
 □ その他

患者が薬局を選択する理由

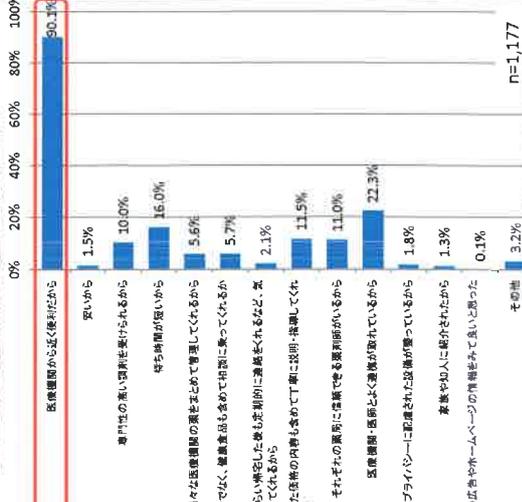
患者が同じ薬局を利用するのは「信頼できる薬剤師がいる」、「自宅や職場・学校に近く便利」、「様々な医療機関の薬をまとめて管理してくれる」といった理由が多く、別々の薬局を利用するのは「医療機関から近く便利」との理由が多数を占めていた。

同じ薬局を利用する理由(複数回答)



n=973

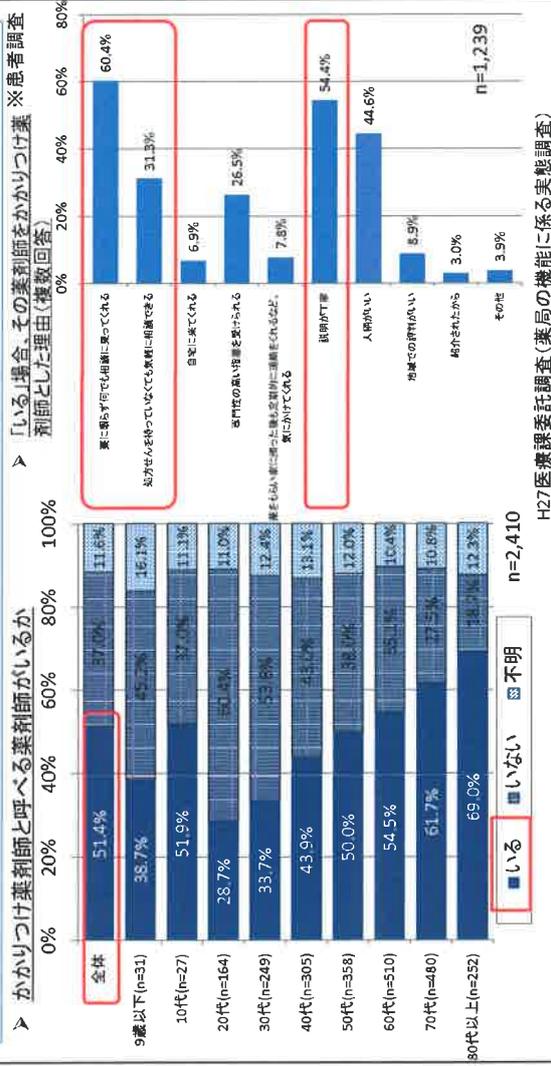
別々の薬局を利用する理由(複数回答)



n=1,177

かかりつけ薬剤師の有無

薬局に来院した患者に聞いたところ、約半数の患者がかかりつけ薬剤師と呼べる薬剤師がいると回答しており、年齢が高くなるにしたがって、その割合は増加している。また、かかりつけ薬剤師を選択した理由としては、「薬に限らず何でも相談に乗ってくれるから」、「説明が丁寧だから」、「処方せんを持っていなくても気軽に相談できるから」との回答が多くなっていた。



「国民の役割」患者の努力義務

医療法 第6条の2第3項

「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。」

医薬品医療機器等法

第一条の六(国民の役割)

「国民は、医薬品等を適正に使用するとともに、これらの有効性及び安全性に関する知識と理解を深めるよう努めなければならない。」

薬局における薬学的管理及び指導の充実

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	改定後
【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 41点	【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 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すべてを行った場合に算定する。
ただし、次に掲げる人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94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。

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、特定薬剤管理指導料(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	改定後
特定薬剤管理指導加算 4点	特定薬剤管理指導加算 10点
乳幼児服薬指導加算 5点	乳幼児服薬指導加算 10点

医薬品の適正使用の推進①

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	改定後
【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	【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、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。

- 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)

- (イ)併用薬との重複投薬(薬理作用類似を含む)
- (ロ)併用薬、飲食物との相互作用
- (ハ)残薬
- (二)そのほか薬学的観点から必要と認める事項

医薬品の適正使用の推進②

薬局における継続的な薬学的管理の評価(ブラウンバッグの活用、分割調剤)

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。(月1回に限り算定)

【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。

【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。

【分割調剤】 185点
注1 自己による服薬管理が困難な患者又はその家族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。

【分割調剤】 185点
注1 自己による服薬管理が困難な患者又はその家族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。

実行

自宅での服用薬等(医薬品含む)
いわゆるブラウンバッグ(服用薬等を入れて特参)

患者の服薬管理が困難である等の理由により、医師が処方時に分割調剤を指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。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。

分割指示
処方医
薬剤師
→「服薬情報提供」

〈上記分割調剤の算定例〉 ※90日分の処方をして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③

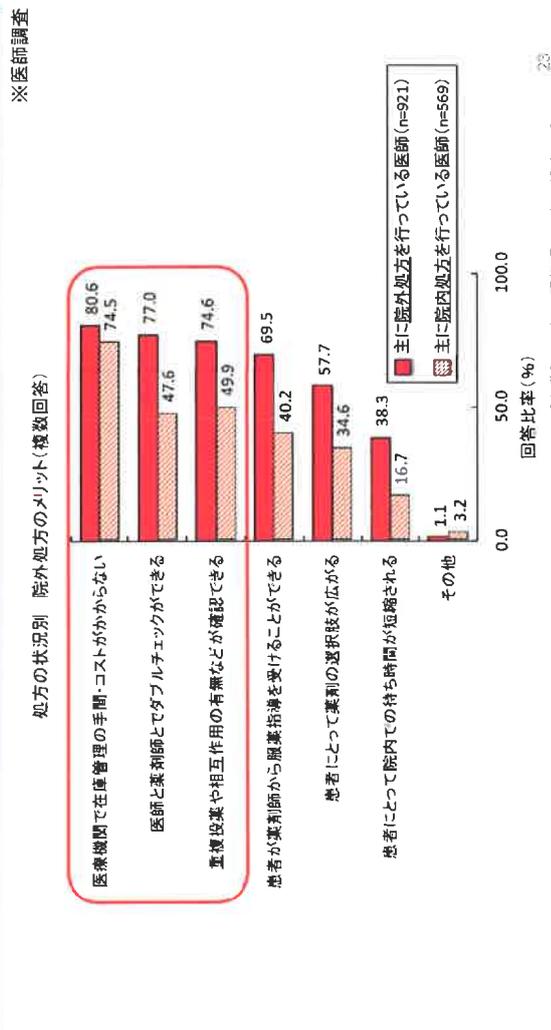
医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

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。
 - 「重・相防止」
 - 「服薬情報提供」

院外処方のメリット

医師に対して院外処方のメリットを聞くと、「在庫管理の手間、コストがかからない」、「医師と薬剤師とでダブルチェックができる」、「重複投薬や相互作用の有無などが確認できる」などの回答が多かった。



医薬品の適正使用の推進②

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、多剤投薬の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に評価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)

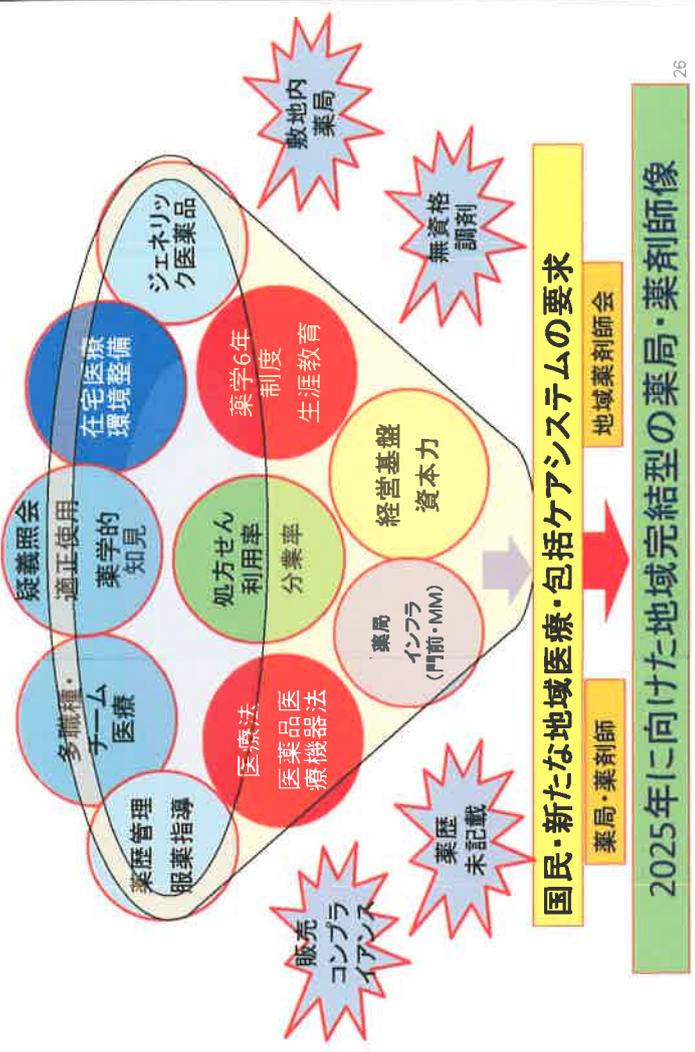
【算定要件】
保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。
① 入院歴に当該薬剤以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を削除し、当該患者の退院時に処方される内服薬が処方された薬剤より減少した場合)
② 精神科病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか適い時点で抗精神病薬を4週間以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロロプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロロプロマジン換算で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)

連続管理加算 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(6歳以上の内服薬(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処方された薬剤より減少した場合
② 連続管理加算
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、連続管理加算として所定点数を加算する。ただし、連続管理加算を算定した同一日においては、同一の別の別の保険医療機関に対して、区分番号0009形情報提供料(1)は算定できない。

薬局における調剤業務の変化→第五世代へ



平成27年度日本病院薬剤師会 医療政策部セミナー

(関連資料集)

日 時：平成28年3月21日（月・祝）10:20～16:30

会 場：日本薬学会長井記念館 長井記念ホール

主 催：一般社団法人 日本病院薬剤師会

目 次

1. 平成28年度診療報酬改定における主要改定項目（病院・診療所薬剤師関係）・・・P1
（一般社団法人 日本病院薬剤師会）
2. 平成28年度診療報酬改定に係る答申書・・・・・・・・・・・・・・・・・・P11
（平成28年2月10日中医協総-2）
3. 保険医療機関及び保険医療費担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当・・・P14
規則の一部を改正する省令（平成28年厚生労働省令第27号）
4. 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事・・・P20
項等の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第51号）
5. 診療報酬の算定方法の一部を改正する件・・・・・・・・・・・・・・・・・・P25
【一部抜粋】
（平成28年厚生労働省告示第52号）
6. 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて・・・・P79
【一部抜粋】
（平成28年3月4日保医発0304第1号）
7. 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて・・・・P87
【一部抜粋】
（平成28年3月4日保医発0304第2号）
8. 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について・・・・・・P96
【一部抜粋】
（平成28年3月4日保医発0304第3号）
9. 「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について・・・・P126
【一部抜粋】
（平成28年3月4日保医発0304第13号）

平成 28 年度診療報酬改定における主要改定項目
(病院・診療所薬剤師関係)

一般社団法人 日本病院薬剤師会

【1. 入院基本料】

●病棟薬剤業務実施加算

新設 病棟薬剤業務実施加算 2 80 点 (1 日につき)

[算定要件]

病棟薬剤業務実施加算 2

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、病棟薬剤業務実施加算 1 と同様の病棟薬剤業務を実施していること。

[施設基準]

- ①病棟薬剤業務実施加算 1 の届出を行っていること。
- ②病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1 週間につき 20 時間以上病棟薬剤業務を実施していること。

●薬剤総合評価調整加算

新設 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)精神病棟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。

●認知症ケア加算

新設 1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 150点

ロ 15日以上期間 30点

[算定可能病棟]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟除く。）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料

[算定要件]

(1)対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランク 207Ⅲ以上に該当する者。

(2)身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

[施設基準]

1 認知症ケア加算1の施設基準

(1)当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。

ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師

イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。

〈2. 医学管理等〉

【薬価表 16】

●薬剤管理指導料 1

削除 薬剤管理指導 1	430 点	→	削除 ※
薬剤管理指導 2	380 点	→	薬剤管理指導 1 380 点
薬剤管理指導 3	325 点	→	薬剤管理指導 2 325 点

※ 改定前の薬剤管理指導料 1（救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合）は、平成 28 年 9 月 30 日まで、なお効力を有するが、病棟薬剤業務実施加算 2 との併算定はできない。

[対象患者]

薬剤管理指導料の「1」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗 HIV 薬が投薬又は注射されている患者をいう。

●薬剤総合評価調整管理料

新設 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。

〈3. 在宅医療〉

●在宅患者訪問薬剤管理指導

注の見直し 在宅患者訪問薬剤管理指導

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1週につき40回に限り算定できる。

※ なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

〈4. がん関連〉

●地域がん診療病院・小児がん拠点病院

項目の見直し がん診療連携拠点病院加算 500点 → 1 がん診療連携拠点病院加算
イ がん診療連携拠点病院 500点
ロ 地域がん診療病院 300点 (新)
2 小児がん拠点病院加算 750点 (新)

点数の見直し 外来化学療法加算

イ 外来化学療法加算 1

(1) 外来化学療法加算 A

① 15歳未満 780点 → 820点

② 15歳以上 580点 → 600点

(2) 外来化学療法加算 B

① 15歳未満 630点 → 670点

② 15歳以上 430点 → 450点

ロ 外来化学療法加算 2

(1) 外来化学療法加算 A

① 15歳未満 700点 → 740点

② 15歳以上 450点 → 470点

(2) 外来化学療法加算 B

① 15歳未満 600点 → 640点

② 15歳以上 350点 → 370点

〈5. 医療技術〉

(新編) 平成 27 年 4 月

●無菌製剤処理料

項目の見直し 無菌製剤処理料 1

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合	→ 180 点 (新)
(1) 揮発性の高い薬剤の場合	150 点 → 削除
(2) (1) 以外の場合	100 点 → 削除
ロ イ以外の場合	50 点 → 45 点

●喘息治療管理料

新設 喘息治療管理料 2 280 点

注 3 2 については、別に厚生労働大臣が定める 基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者（6 歳未満又は 65 歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。

〈6. 後発医薬品〉

●後発医薬品使用体制加算

項目の見直し

			<u>後発医薬品使用体制加算 1</u>	42点(新)
<u>後発医薬品使用体制加算 1</u>	35点	→	<u>後発医薬品使用体制加算 2</u>	35点
<u>後発医薬品使用体制加算 2</u>	28点	→	<u>後発医薬品使用体制加算 3</u>	28点

[施設基準]

- ① 当該保険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薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあっては 70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 60%以上 70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては 50%以上 60%未満であること。
- ② 当該保険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。

●外来後発医薬品使用体制加算（院内処方を行っている診療所）

新設 外来後発医薬品使用体制加算 1 4点

外来後発医薬品使用体制加算 2 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、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関（診療所に限る。）であること。
- (2) 当該保険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薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあっては 70%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 60%以上であること。
- (3) 当該保険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。

●一般名処方加算

注の見直し

			<u>一般名処方加算 1</u>	3点(新)
<u>一般名処方加算</u>	2点	→	<u>一般名処方加算 2</u>	2点

[算定要件]

一般名処方加算1

（添付書類等）

交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、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算定できる。

（添付書類等）

「処方箋の写し

① 処方箋（1）後発品と併用可能な医薬品

② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

（添付書類等）

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

（添付書類等）

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

（添付書類等）

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

（添付書類等）

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

（添付書類等）

〈7. DPC 関連〉

●後発医薬品指数

評価の見直し 後発医薬品指数

当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア（＝ $\frac{[\text{後発医薬品の数量}]}{[\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}]}$ ）により評価。
（※数量とは薬価基準告示上の規格単位ごとに、厚生労働省が公表するマスターを元に数えた数量をいう。）

※数量ベースで 70% を評価上限とする

〈8. その他〉

●投薬

注の追加 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。

注の追加 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。

平成 28 年 2 月 10 日

厚生労働大臣
塩崎 恭久 殿

中央社会保険医療協議会
会 長 田辺 国昭

答 申 書

(平成 28 年度診療報酬改定について)

平成 28 年 1 月 13 日付け厚生労働省発保 0113 第 1 号をもって諮問のあった件について、別紙 1 から別紙 8 までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

答申書附帯意見

1. 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
 - ・ 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響（一般病棟入院基本料の施設基準の見直しが平均在院日数に与える影響を含む）
 - ・ 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
 - ・ 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
 - ・ 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。
2. DPCにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
3. かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科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。
4. 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
5. 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
6. 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、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
7. 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行・地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。

8. 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。
9. 医薬品・医療機器の評価の在り方に費用対効果の観点を試行的に導入することを踏まえ、本格的な導入について引き続き検討すること。
あわせて、著しく高額な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合の考え方について検討すること。
10. 患者本位の医薬分業の実現のための取組の観点から、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる門前薬局の評価の見直し等、薬局に係る対物業務から対人業務への転換を促すための措置の影響を調査・検証し、調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。
11. 後発医薬品に係る数量シェア 80%目標を達成するため、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について検討すること。
12. ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果について調査・検証すること。
13. 経腸栄養用製品を含めた食事療養に係る給付について調査を行い、その在り方について検討すること。
14. 在宅自己注射指導管理料等の評価の在り方について引き続き検討すること。
15. 未承認薬・適応外薬の開発の進捗、新薬創出のための研究開発の具体的成果も踏まえた新薬創出・適応外薬解消等促進加算の在り方、薬価を下支えする制度として創設された基礎的医薬品への対応の在り方、年間販売額が極めて大きい医薬品を対象とした市場拡大再算定の特例の在り方について引き続き検討すること。
16. 公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の促進について、影響を調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
17. 診療報酬改定の結果検証等の調査について、NDB等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化について検討すること。また、引き続き調査分析手法の向上について検討し、調査の信頼性の確保に努めること。
18. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

◎ 保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和三十三年厚生省令第十五号）（抄）

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>(一部負担金等の受領)</p> <p>第五条 (略)</p>	<p>(一部負担金等の受領)</p> <p>第五条 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行つた場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行つた場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十五条の二第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の</p>

2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四十一条に規定する地域医療支援病院（同法第七条第二項第五号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第六十一条の二第三項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第四十一条第二号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が五百以上であるものに限る。）及び医療法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。

二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療

例により算定された費用の額から法第百十条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）又は同項第四号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

(新設)

費に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。(厚生労働大臣の定める場合を除く。)

(領収証等の交付)

第五条の二 (略)

2・3 (略)

第五条の二の二 前条第三項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療(厚生労働大臣の定めるものに限る。)を担当した場合(第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。)において、患者から求めがあつたときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

2 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を

(領収証等の交付)

第五条の二 保険医療機関は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

(新設)

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養又は選定療養に関して第五条第一項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

得なければならない。

2 (略)

(証明書等の交付)

第六条 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第八十七条第一項の規定による療養費(柔道整復を除く施術に係るものに限る。)、法第九十九条第一項の規定による傷病手当金、法第一百一条の規定による出産育児一時金、法第一百二条第一項の規定による出産手当金又は法第一百四十一条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

(入院)

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(証書規定)

第二十四条 日雇特別被保険者の保険及び給付保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特別被保険者の保険にあつ

2 (略)

(証明書等の交付)

第六条 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第八十七条第一項の規定による療養費(柔道整復を除く施術に係るものに限る。)、法第九十九条第一項の規定による傷病手当金、法第一百一条の規定による出産育児一時金、法第一百二条第一項の規定による出産手当金又は法第一百四十一条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

(入院)

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(証書規定)

第二十四条 日雇特別被保険者の保険及び給付保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特別被保険者の保険にあつ

ては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ置き替へるものとする。

第一欄	第二欄	第三欄	第四欄
第五條第二項	(略)	(略)	(略)
	同項第五号	法第百四十九條において準用する法第六十三條第二項第五号	健康保険法第六十三條第二項第五号
第六條	(略)	(略)	(略)
	第百二條第二項	(略)	第七十四條第一項

※平成二十八年四月一日施行

ては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ置き替へるものとする。

第一欄	第二欄	第三欄	第四欄
第五條第二項	同項第四号	法第百四十九條において準用する法第六十三條第二項第四号	健康保険法第六十三條第二項第四号
	(新設)	(新設)	(新設)
第六條	第百二條	第百二十七條	第七十二條第二項
	法第百二條	法第百三十八條	同條第二項

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称			
	生年月日	明大昭平	年 月 日	男・女	電話番号			
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 (印)			
		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	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	-----------	----------	--

処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
----	------	--

備考	保険医署名 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供		

調剤済年月日	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51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

改正案	現行
<p>(患者負担金の受領)</p> <p>第四条 (略)</p> <p>2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養又は同項第五号に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</p> <p>(領収証等の交付)</p> <p>第四条の二 (略)</p>	<p>(患者負担金の受領)</p> <p>第四条 保険薬局は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金並びに法第八十六条の規定による療養についての費用の額に法第七十四条第二項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百十条の規定による家族療養費として支給される額（同条第二項第一号に規定する額に限る。）に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。</p> <p>2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養又は同項第四号に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</p> <p>(領収証の交付)</p> <p>第四条の二 保険薬局は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載し</p>

<p>2・3 (略)</p> <p>第四条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第四条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、患者から求めがあつたときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>2 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。</p> <p>(通知)</p> <p>第七条 保険薬局は、患者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。</p> <p>一 正当な理由がなく、療養に関する指揮に従わないとき。</p> <p>二 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。</p> <p>(証書規定)</p> <p>第十一条 日雇特別被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特別被保険者の保険にあつて</p>	<p>た領収証を無償で交付しなければならない。</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。</p> <p>(新設)</p> <p>(通知)</p> <p>第七条 保険薬局は、患者が詐欺その他不正な行為により療養の給付を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。</p> <p>(証書規定)</p> <p>第十一条 日雇特別被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特別被保険者の保険にあつて</p>
---	--

は同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

第一欄	第二欄	第三欄	第四欄
第四条第二項	(略)	(略)	(略)
	同項第五号	法第百四十九条において準用する法第六十三条第二項第五号	健康保険法第六十三条第二項第五号

※平成二十八年四月一日施行

は同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

第一欄	第二欄	第三欄	第四欄
第四条第二項	同項第四号	法第百四十九条において準用する法第六十三条第二項第四号	健康保険法第六十三条第二項第四号
	(新設)	(新設)	(新設)

◎療担規則及び療担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第七号）

（傍線の部分は改正部分）

改 正 案	現 行
<p>第一 保険医療機関及び保険医療費担当規則（以下「療担規則」という。）第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。）第二条の六の厚生労働大臣が定める掲示事項</p> <p>一～三（略）</p> <p>四 療担規則第五条の二第二項及び第五條の二の二第一項並びに療担基準第五条の二第二項及び第五條の二の二第一項に規定する明細書の発行状況に関する事項</p> <p>五（略）</p> <p><u>第一の二 療担規則第五条第三項及び療担基準第五条第三項の厚生労働大臣の定める選定療養</u> <u>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第四号及び第五号に掲げるもの</u></p> <p><u>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二</u></p>	<p>第一 保険医療機関及び保険医療費担当規則（以下「療担規則」という。）第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。）第二条の六の厚生労働大臣が定める掲示事項</p> <p>一～三（略）</p> <p>四 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項</p> <p>五（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>

<p>号の厚生労働大臣の定める金額</p> <p>一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養<u>第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</u></p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合 五千円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による初診の場合 三千円</p> <p>二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養<u>第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額</u></p> <p>(一) 医師である保険医による再診の場合 二千五百円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による再診の場合 一千五百円</p> <p>第一の四 <u>療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二</u> <u>号の厚生労働大臣の定める場合</u></p> <p>一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養<u>第二条第四号の初診にあつては、他の病院又は診療所からの文書による紹介がない患者に対して、療担規則第五条第三項第二号又は療担基準第五条第三項第二号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合</u></p> <p>二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養<u>第二条第五号の再診にあつては、他の病院（療担規則第五条第三項又は療担基準第五条第三項に規定する保険医療機関を除く。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に対して、療担規則第五条第三項第二号又は療担基準第五条第三項第二号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合</u></p> <p>第一の五 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に</p>	<p>（新設）</p> <p>第一の二 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に</p>
---	---

規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関
(略)

第一の六 療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項の厚生労働大臣の定める公費負担医療
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第一条第一項各号に掲げる医療に関する給付（当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）

第二 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の評価療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準
(略)

第二の二 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の患者申出療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準
一 療養は、適切に行われる体制が整っている等保険医療機関が特別の料金を徴収するにふさわしいものでなければならないものとする。
二 当該療養は、患者への情報提供を前提とし、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとする。

規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関
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（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っている保険医療機関（同令第五条第一項、第六条第一項又は附則第四条第一項若しくは第二項の規定に基づき書面による請求を行うことができる保険医療機関を除く。）

(新設)
第二 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の評価療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準
(略)

(新設)

三 患者への情報提供に資するため、特別の料金等の内容を定め、又は変更しようとする場合は、地方厚生局長等に報告するものとする。この場合において、当該報告は、報告を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長等に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。

第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準
一 (略)
二 特別の療養環境の提供に関する基準
(一) (略)
(二) (略)
イ、ニ (略)
ホ 医科点数表第一章第二部第一節又は歯科点数表第一章第二部第一節に規定する七対一入院基本料及び十対一入院基本料、療養病棟入院基本料（特別入院基本料及び夜間特別入院基本料を除く。）並びに有床診療所入院基本料の入院基本料1又は入院基本料4を算定する保険医療機関であること。
へ、ト (略)
(三) (略)
三、九 (略)

第四 療担規則第十一条の三第一項及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項
一 健康保険法第六十二条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法

第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準
一 (略)
二 特別の療養環境の提供に関する基準
(一) (略)
(二) (略)
イ、ニ (略)
ホ 医科点数表第一章第二部第一節又は歯科点数表第一章第二部第一節に規定する七対一入院基本料及び十対一入院基本料、療養病棟入院基本料（特別入院基本料を除く。）並びに有床診療所入院基本料の入院基本料1又は入院基本料4を算定する保険医療機関であること。
へ、ト (略)
(三) (略)
三、九 (略)

第四 療担規則第十一条の三第一項及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項
一 健康保険法第六十二条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法

律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養に関する事項

二、四（略）

第五 療担規則第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項並びに療担基準第五条の二第二項及び第五条の二の二第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

第五 療担規則第十八条及び療担基準第十八条の特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第一条各号に掲げる評価療養及び第一条の二に規定する患者申出療養

第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）

の別表に記載されている医薬品（平成二十八年十月一日以降においては別表第1に記載されている医薬品を、平成二十九年四月一日以降においては別表第2に記載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に記載されている医薬品

第七 療担規則第十九条第一項ただし書及び療担基準第十九条第一項た

律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養及び選定療養に関する事項

二、四（略）

第五 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

第五 療担規則第十八条及び療担基準第十八条の特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第一条各号に掲げる評価療養

第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）

の別表に記載されている医薬品（平成二十六年十月一日以降においては別表第1に記載されている医薬品を、平成二十七年四月一日以降においては別表第2に記載されている医薬品を、同年十月一日以降においては別表第4に記載されている医薬品を、平成二十八年四月一日以降においては別表第7に記載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に記載されている医薬品（平成二十七年四月一日以降においては別表第5に記載されている医薬品を、同年十月一日以降においては別表第6に記載されている医薬品を除く。）

第七 療担規則第十九条第二項ただし書及び療担基準第十九条第一項た

だし書の厚生労働大臣が定める場合

一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第一条第四号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合

二（略）

第九 療担規則第十九条第二項ただし書及び療担基準第十九条第二項ただし書の厚生労働大臣が定める場合

一、二（略）

三 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第一条第五号に掲げる療養に係る歯科材料を使用する場合

四（略）

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅳ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅴ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、アプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グル

だし書の厚生労働大臣が定める場合

一 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第一条第四号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合

二 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準第三項各号に掲げる先進医療に係る薬物を使用する場合

第九 療担規則第十九条第二項ただし書及び療担基準第十九条第二項ただし書の厚生労働大臣が定める場合

一、二（略）

三 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第一条第五号に掲げる療養に係る歯科材料を使用する場合

四（略）

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅳ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅴ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、アプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グル

カゴン製剤、グルカゴン様ペプチド—1受容体アゴニスト、ヒトノマトメジンの製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行っている患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジン—2製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、ベグヒンマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニル硫酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタノンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタノンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタノンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、E₂遮断剤、カルバクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-チロシン塩酸塩配合剤、アタリムマブ製剤、エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜透析を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜透析を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ペパリンカルシウム製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、アボモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリスマブペゴル製剤、トシリスマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、E₄処理滅活性免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エタラボン製剤（筋萎縮性側索硬化症患者に対し

カゴン製剤、グルカゴン様ペプチド—1受容体アゴニスト、ヒトノマトメジンの製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行っている患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジン—2製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、ベグヒンマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニル硫酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタノンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタノンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタノンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、E₂遮断剤、カルバクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-チロシン塩酸塩配合剤、アタリムマブ製剤、エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜透析を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜透析を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ペパリンカルシウム製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、アボモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリスマブペゴル製剤、トシリスマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、E₄処理滅活性免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エタラボン製剤（筋萎縮性側索硬化症患者に対し

て使用する場合に限る。）、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマ—1酢酸塩製剤及び脂肪乳剤

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

- (一) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ、ロ (略)

ハ 新医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第十四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。）であつて、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの（次に掲げるものを除く。）

ンバルディ錠四〇〇mg（一回の投薬量が二十八日分以内である場合に限る。）、ノビコールカプセル二・五mg、エクリラ四〇〇mgジエスエア二十吸入用（一回の投薬量が十五日分以内である場合に限る。）、ハ—ボ—二—配合錠（一回の投薬量が二十八日分以内である場合に限る。）、エクメット配合錠Ⅰ及びエクメット配合錠Ⅱ

(二) (三) (略)

て使用する場合に限る。）、アスホターゼ アルファ製剤及びグラチラマ—1酢酸塩製剤

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

- (一) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ、ロ (略)

ハ 新医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第十四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。）であつて、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの（次に掲げるものを除く。）

スタリビルド配合錠、イルトラ配合錠Ⅰ、イルトラ配合錠Ⅱ、ルナベル配合錠Ⅲ（一回の投薬量が三十日分以内である場合に限る。）、アソルガ配合錠難溶性点眼液、テビゲイ錠五〇mg、アテアイオ配合錠、サクラス配合錠Ⅰ、サクラス配合錠Ⅱ、ロムブレラ配合錠、トリ—メク配合錠、ンバルディ錠四〇〇mg（一回の投薬量が二十八日分以内である場合に限る。）、ノビコールカプセル二・五mg、エクリラ四〇〇mgジエスエア二十吸入用（一回の投薬量が十五日分以内である場合に限る。）、ハ—ボ—二—配合錠（一回の投薬量が二十八日分以内である場合に限る。）、エクメット配合錠Ⅰ及びエクメット配合錠Ⅱ

(二) (三) (略)

第十一 療担規則第二十一条第九号ただし書の修正に係る厚生労働大臣が定める場合

一 (略)

一 歯科点数表第二章第三節区分番号000に掲げる歯科矯正診断の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンバート症候群(顔面異常症を含む)、顎骨・頭蓋骨異常形成、トリチャーコリンズ症候群、ヒエールロベン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバート症候群、ターナー症候群、ベックウイス・ウィードマン症候群、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー(先天性筋ジストロフィーを含む)、顔面半側肥大症、エリス・ウァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、アラターウイリー症候群、顔面裂、大理石骨病、色素失調症、ロ・顔・指症候群、メーヒウス症候群、カブキ症候群、クリンベル・トレノイ・ウエーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ヒンダー症候群、ステイツクラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症(クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む)、骨形成不全症、口笛顔貌症候群、ルビンスタイン・テイビ症候群、常染色体欠失症候群、ラーゼン症候群、嚢化異骨症、六骨以上の先天性部分(性)無骨症、チャージ症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群、リング2症候群、リンパ管腫、全前脳・胞症、クラインフェルター症候群、偽性低アルドステロン症(ゴードン症候群)、ソトス症候群又はグリコサミングリカン代謝障害(ムコ多糖症)に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

第十一 療担規則第二十一条第九号ただし書の修正に係る厚生労働大臣が定める場合

一 (略)

一 歯科点数表第二章第三節区分番号000に掲げる歯科矯正診断の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンバート症候群(顔面異常症を含む)、顎骨・頭蓋骨異常形成、クルーゾン症候群、トリチャーコリンズ症候群、ヒエールロベン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバート症候群、ターナー症候群、ベックウイス・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ウァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、アラターウイリー症候群、顔面裂、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、ロ・顔・指症候群、メーヒウス症候群、カブキ症候群、クリンベル・トレノイ・ウエーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ヒンダー症候群、ステイツクラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症、骨形成不全症、口笛顔貌症候群、ルビンスタイン・テイビ症候群、常染色体欠失症候群、ラーゼン症候群、嚢化異骨症、六骨以上の非症候性部分性無骨症、チャージ症候群、マーシャル症候群、下垂体性小人症、ポリエックス症候群(クラインフェルター症候群)又はリング2症候群に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

められる場合

三 (略)

第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(以下「療担規則」という。)第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める掲示事項

一・二 (略)

三 療担規則第四条の二第二項及び第四条の二の二第一項並びに療担基準第二十六条の五第二項及び第二十六条の五の二第一項に規定する明細書の発行状況に関する事項

第十三の二の二 療担規則第四条の二の二第一項及び療担基準第二十六条の五の二第一項の厚生労働大臣の定める公費負担医療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第一条第一項各号に掲げる医療に関する給付(当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。)

三 (略)

第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(以下「療担規則」という。)第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める掲示事項

一・二 (略)

三 療担規則第四条の二第二項及び療担基準第二十六条の五第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

(新設)

○厚生労働省告示第五十二号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百四十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、平成二十八年四月一日から適用する。ただし、この告示による改正後の別表第一区分番号I002の注6及び区分番号I002-2の注5に係る規定は平成二十八年七月一日から適用し、区分番号H001の注6、区分番号H001-2の注6及び区分番号H002の注6に係る規定は平成二十八年十月一日から適用し、区分番号C002の注8及び区分番号C002-2の注8に係る規定、別表第二区分番号C000の注13に係る規定並びに別表第三区分番号00の注3に係る規定は平成二十九年四月一日から適用し、別表第一区分番号B001-3-2の注1のただし書に係る規定は平成二十九年七月一日から適用し、この告示による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号B008の1に係る規定については、この告示による改正後の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A244の2に規定する診療料を算定する患者を除き、平成二十八年九月三十日までの間、なおその効力を有するものとする。

平成二十八年三月四日

厚生労働大臣 塩崎 恭久

第一号中「評価療養」の下に「、患者申出療養」を加える。

別表第一から別表第三までを次のように改める。

精神障害者

1. 精神障害者とは、精神障害者保健福祉法（昭和二十八年法律第二十号）第四條第一項に規定する

精神障害者である者を指す。この法律に規定する精神障害者の種類は、同法第四條第一項に規定する

精神障害者の種類に依りて、同法第四條第一項に規定する精神障害者の種類に依りて、同法第四條第一項に規定する

精神障害者



別表第一

医科診療報酬点数表

[目次]

- 第1章 基本診療料
 - 第1部 初・再診料
 - 第1節 初診料
 - 第2節 再診料
 - 第2部 入院料等
 - 第1節 入院基本料
 - 第2節 入院基本料等加算
 - 第3節 特定入院料
 - 第4節 短期滞在手術等基本料
- 第2章 特掲診療料
 - 第1部 医学管理等
 - 第2部 在宅医療
 - 第1節 在宅患者診療・指導料
 - 第2節 在宅療養指導管理料
 - 第1款 在宅療養指導管理料
 - 第2款 在宅療養指導管理材料加算
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第3部 検査
 - 第1節 検体検査料
 - 第1款 検体検査実施料
 - 第2款 検体検査判断料
 - 第2節 削除
 - 第3節 生体検査料
 - 第4節 診断^{せん}穿刺・検体採取料
 - 第5節 薬剤料
 - 第6節 特定保険医療材料料
 - 第4部 画像診断
 - 第1節 エックス線診断料
 - 第2節 核医学診断料
 - 第3節 コンピューター断層撮影診断料
 - 第4節 薬剤料
 - 第5節 特定保険医療材料料
 - 第5部 投薬
 - 第1節 調剤料
 - 第2節 処方料
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第5節 処方せん料
 - 第6節 調剤技術基本料
 - 第6部 注射
 - 第1節 注射料
 - 第1款 注射実施料
 - 第2款 無菌製剤処理料
 - 第2節 薬剤料
 - 第3節 特定保険医療材料料

- 第7部 リハビリテーション
 - 第1節 リハビリテーション料
 - 第2節 薬剤料
- 第8部 精神科専門療法
 - 第1節 精神科専門療法料
 - 第2節 薬剤料
- 第9部 処置
 - 第1節 処置料
 - 第2節 処置医療機器等加算
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
- 第10部 手術
 - 第1節 手術料
 - 第1款 皮膚・皮下組織
 - 第2款 筋骨格系・四肢・体幹
 - 第3款 神経系・頭蓋
 - 第4款 眼
 - 第5款 耳鼻咽喉
 - 第6款 顔面・口腔・頸部
 - 第7款 胸部
 - 第8款 心・脈管
 - 第9款 腹部
 - 第10款 尿路系・副腎
 - 第11款 性器
 - 第12款 削除
 - 第13款 臓器提供管理料
 - 第2節 輸血料
 - 第3節 手術医療機器等加算
 - 第4節 薬剤料
 - 第5節 特定保険医療材料料
- 第11部 麻酔
 - 第1節 麻酔料
 - 第2節 神経ブロック料
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
- 第12部 放射線治療
 - 第1節 放射線治療管理・実施料
 - 第2節 特定保険医療材料料
- 第13部 病理診断
 - 第1節 病理標本作製料
 - 第2節 病理診断・判断料
- 第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料
 - 第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項
 - 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項
- 第4章 経過措置

第2部 入院料等

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。
- 4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。
- 5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
- 8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

第1節 入院基本料

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,591点
2	10対1入院基本料	1,332点
3	13対1入院基本料	1,121点
4	15対1入院基本料	960点

注1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定

する患者を除く。)について、特別入院基本料として、584点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間 450点(特別入院基本料等については、300点)

ロ 15日以上30日以内の期間 192点(特別入院基本料等については、155点)

4 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

5 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第27項に規定する介護老人保健施設(以下この表において「介護老人保健施設」という。)、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の5に規定する特別養護老人ホーム(以下この表において「特別養護老人ホーム」という。)、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム(以下この表において「軽費老人ホーム」という。)、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム(以下この表において「有料老人ホーム」という。)等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

6 当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度(以下この表において「看護必要度」という。)につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護必要度加算1 55点

ロ 看護必要度加算2 45点

ハ 看護必要度加算3 25点

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

8 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

9 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

10 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 総合入院体制加算

ロ 地域医療支援病院入院診療加算

- ハ 臨床研修病院入院診療加算
- ニ 救急医療管理加算
- ホ 超急性期脳卒中加算
- ヘ 妊産婦緊急搬送入院加算
- ト 在宅患者緊急入院診療加算
- チ 診療録管理体制加算
- リ 医師事務作業補助体制加算
- ヌ 急性期看護補助体制加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
- ル 看護職員夜間配置加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
- ヲ 乳幼児加算・幼児加算
- ワ 難病等特別入院診療加算
- カ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ヨ 看護配置加算
- タ 看護補助加算
- レ 地域加算
- ソ 離島加算
- ツ 療養環境加算
- ネ HIV感染者療養環境特別加算
- ナ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ラ 重症者等療養環境特別加算
- ム 小児療養環境特別加算
- ウ 無菌治療室管理加算
- キ 放射線治療病室管理加算
- ノ 緩和ケア診療加算
- オ 精神科リエゾンチーム加算
- ク 強度行動障害入院医療管理加算
- ヤ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
- マ 摂食障害入院医療管理加算
- ケ がん拠点病院加算
- フ 栄養サポートチーム加算
- コ 医療安全対策加算
- エ 感染防止対策加算
- テ 患者サポート体制充実加算
- ア 梅毒^{しんこう}ハイリスク患者ケア加算
- サ ハイリスク妊娠管理加算
- キ ハイリスク分娩^{べん}管理加算
- ユ 総合評価加算
- メ 呼吸ケアチーム加算
- ミ 後発医薬品使用体制加算
- シ 病棟薬剤業務実施加算 1
- エ データ提出加算
- ヒ 退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）
- モ 認知症ケア加算
- セ 精神疾患診療体制加算
- ス 薬剤総合評価調整加算

11 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注10

までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

13 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

1 療養病棟入院基本料1

イ 入院基本料A	1,810点（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあつては、1,795点）
ロ 入院基本料B	1,755点（生活療養を受ける場合にあつては、1,741点）
ハ 入院基本料C	1,468点（生活療養を受ける場合にあつては、1,454点）
ニ 入院基本料D	1,412点（生活療養を受ける場合にあつては、1,397点）
ホ 入院基本料E	1,384点（生活療養を受ける場合にあつては、1,370点）
ヘ 入院基本料F	1,230点（生活療養を受ける場合にあつては、1,215点）
ト 入院基本料G	967点（生活療養を受ける場合にあつては、952点）
チ 入院基本料H	919点（生活療養を受ける場合にあつては、904点）
リ 入院基本料I	814点（生活療養を受ける場合にあつては、800点）

2 療養病棟入院基本料2

イ 入院基本料A	1,745点（生活療養を受ける場合にあつては、1,731点）
ロ 入院基本料B	1,691点（生活療養を受ける場合にあつては、1,677点）
ハ 入院基本料C	1,403点（生活療養を受ける場合にあつては、1,389点）
ニ 入院基本料D	1,347点（生活療養を受ける場合にあつては、1,333点）
ホ 入院基本料E	1,320点（生活療養を受ける場合にあつては、1,305点）
ヘ 入院基本料F	1,165点（生活療養を受ける場合にあつては、1,151点）
ト 入院基本料G	902点（生活療養を受ける場合にあつては、888点）
チ 入院基本料H	854点（生活療養を受ける場合にあつては、840点）
リ 入院基本料I	750点（生活療養を受ける場合にあつては、735点）

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院基本料Iを算定する。

2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、576点（生活療養を受ける

場合にあっては、562点)を算定できる。ただし、療養病棟入院基本料2については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

- 3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
- 4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡^{じよくそう}評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあっては、1日につき300点)を所定点数に加算する。
- 7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 地域医療支援病院入院診療加算
 - ロ 臨床研修病院入院診療加算
 - ハ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ニ 診療録管理体制加算
 - ホ 医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。)
 - ヘ 乳幼児加算・幼児加算
 - ト 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
 - チ 地域加算
 - リ 離島加算
 - ヌ HIV感染者療養環境特別加算
 - ル 療養病棟療養環境加算
 - ヲ 療養病棟療養環境改善加算
 - ワ 重症皮膚潰瘍管理加算
 - カ 栄養サポートチーム加算
 - ヨ 医療安全対策加算
 - タ 感染防止対策加算
 - レ 患者サポート体制充実加算
 - ソ 総合評価加算

- ツ 病棟薬剤業務実施加算 1
- ネ データ提出加算
- ナ 退院支援加算（1の口及び2の口に限る。）
- ラ 認知症ケア加算
- ム 薬剤総合評価調整加算

- 8 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。
- 9 当該病棟（療養病棟入院基本料1を算定するものに限る。）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。
- 10 療養病棟入院基本料1を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1日につき10点を所定点数に加算する。
- 11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていた療養病棟入院基本料2を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。
- 12 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（療養病棟入院基本料2を届け出ていた病棟に限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、586点（生活療養を受ける場合にあつては、572点）を算定できる。

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,591点
2	10対1入院基本料	1,332点
3	13対1入院基本料	1,121点
4	15対1入院基本料	960点
5	18対1入院基本料	822点
6	20対1入院基本料	775点

注1 病院（特定機能病院を除く。）の結核病棟（医療法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であつて、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方

厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

- 2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
- 3 注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。
- 4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間	400点（特別入院基本料等については、320点）
ロ 15日以上30日以内の期間	300点（特別入院基本料等については、240点）
ハ 31日以上60日以内の期間	200点（特別入院基本料等については、160点）
ニ 61日以上90日以内の期間	100点
- 5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 地域医療支援病院入院診療加算
ロ 臨床研修病院入院診療加算
ハ 救急医療管理加算
ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
ホ 在宅患者緊急入院診療加算
ヘ 診療録管理体制加算
ト 乳幼児加算・幼児加算
チ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ヌ 看護配置加算
ル 看護補助加算
ヲ 地域加算
ヾ 離島加算
カ 療養環境加算
ヨ HIV感染者療養環境特別加算
タ 二類感染症患者療養環境特別加算
レ 医療安全対策加算
ソ 感染防止対策加算
ツ 患者サポート体制充実加算
ネ 褥瘡 ^{じよくそ} ハイリスク患者ケア加算
ナ ハイリスク妊娠管理加算
ラ 総合評価加算
ム 後発医薬品使用体制加算
ウ 病棟薬剤業務実施加算1
キ データ提出加算

- ノ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）
- オ 認知症ケア加算
- ク 精神疾患診療体制加算
- ヤ 薬剤総合評価調整加算

6 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、569点を算定できる。

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

1	10対1入院基本料	1,271点
2	13対1入院基本料	946点
3	15対1入院基本料	824点
4	18対1入院基本料	735点
5	20対1入院基本料	680点

注1 病院（特定機能病院を除く。）の精神病棟（医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、559点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	14日以内の期間	465点（特別入院基本料等については、300点）
ロ	15日以上30日以内の期間	250点（特別入院基本料等については、155点）
ハ	31日以上90日以内の期間	125点（特別入院基本料等については、100点）
ニ	91日以上180日以内の期間	10点
ホ	181日以上1年以内の期間	3点

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

5 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日

から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

- イ 地域医療支援病院入院診療加算
- ロ 臨床研修病院入院診療加算
- ハ 救急医療管理加算
- ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
- ホ 在宅患者緊急入院診療加算
- ヘ 診療録管理体制加算
- ト 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。）
- チ 乳幼児加算・幼児加算
- リ 難病等特別入院診療加算
- ヌ 特殊疾患入院施設管理加算
- ル 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ヲ 看護配置加算
- ワ 看護補助加算
- カ 地域加算
- コ 離島加算
- タ 療養環境加算
- レ HIV感染者療養環境特別加算
- ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ツ 精神科措置入院診療加算
- ネ 精神科応急入院施設管理加算
- ナ 精神科隔離室管理加算
- ラ 精神病棟入院時医学管理加算
- ム 精神科地域移行実施加算
- ウ 精神科身体合併症管理加算（18対1入院基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。）
- キ 強度行動障害入院医療管理加算
- ノ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
- オ 摂食障害入院医療管理加算
- ク 医療安全対策加算
- ヤ 感染防止対策加算
- マ 患者サポート体制充実加算
- ケ 梅毒^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- フ ハイリスク妊娠管理加算
- コ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
- エ 後発医薬品使用体制加算
- テ 病棟薬剤業務実施加算 1
- ア データ提出加算
- サ 精神科急性期医師配置加算（10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。）
- キ 薬剤総合評価調整加算

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。

8 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号A230-2に掲げる精

神科地域移行実施加算、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

9 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注2本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、569点を算定できる。

A104 特定機能病院入院基本料（1日につき）

- 1 一般病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,599点
 - ロ 10対1入院基本料 1,339点
 - 2 結核病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,599点
 - ロ 10対1入院基本料 1,339点
 - ハ 13対1入院基本料 1,126点
 - ニ 15対1入院基本料 965点
 - 3 精神病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,350点
 - ロ 10対1入院基本料 1,278点
 - ハ 13対1入院基本料 951点
 - ニ 15対1入院基本料 868点
- 注1 特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 注1の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。
 - 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 一般病棟の場合
 - (1) 14日以内の期間 712点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 207点
 - ロ 結核病棟の場合
 - (1) 30日以内の期間 330点
 - (2) 31日以上90日以内の期間 200点
 - ハ 精神病棟の場合
 - (1) 14日以内の期間 505点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 250点
 - (3) 31日以上90日以内の期間 125点
 - (4) 91日以上180日以内の期間 30点
 - (5) 181日以上1年以内の期間 15点
 - 4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定め

るものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

- 5 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護必要度加算1	55点
ロ 看護必要度加算2	45点
ハ 看護必要度加算3	25点

- 6 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

- 7 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

- 8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 臨床研修病院入院診療加算	
ロ 救急医療管理加算	
ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）	
ニ 妊産婦緊急搬送入院加算	
ホ 在宅患者緊急入院診療加算	
ヘ 診療録管理体制加算	
ト 医師事務作業補助体制加算1	
チ 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）	
リ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）	
ヌ 乳幼児加算・幼児加算	
ル 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。）	
ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	
ワ 看護補助加算	
カ 地域加算	
ヨ 離島加算	
タ 療養環境加算	
レ HIV感染者療養環境特別加算	
ソ 二類感染症患者療養環境特別加算	
ツ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）	
ネ 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）	
ナ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）	
ラ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）	
ム 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）	
ウ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）	
キ 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）	
ク 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）	
コ 精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）	
ケ 精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）	
カ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）	
マ 精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）	
ケ 強度行動障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）	

- フ 重度アルコール依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- コ 摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- エ がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）
- テ 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）
- ア 医療安全対策加算
- サ 感染防止対策加算
- キ 患者サポート体制充実加算
- ユ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- メ ハイリスク妊娠管理加算
- ミ ハイリスク分娩管理加算（一般病棟に限る。）
- シ 総合評価加算（精神病棟を除く。）
- エ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
- ヒ 後発医薬品使用体制加算
- モ 病棟薬剤業務実施加算 1
- セ データ提出加算
- ス 退院支援加算（一般病棟は1のイ、2のイ及び3に限り、結核病棟は1のロ及び2のロに限る。）
- ン 認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）
- イイ 精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）
- イロ 精神科急性期医師配置加算（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。）
- イハ 薬剤総合評価調整加算
- 9 当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注8までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。
- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

A105 専門病院入院基本料（1日につき）

- | | | |
|---|-----------|--------|
| 1 | 7対1入院基本料 | 1,591点 |
| 2 | 10対1入院基本料 | 1,332点 |
| 3 | 13対1入院基本料 | 1,121点 |
- 注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。
- | | | |
|---|---|------|
| 2 | 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 | |
| イ | 14日以内の期間 | 512点 |
| ロ | 15日以上30日以内の期間 | 207点 |
- 3 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき

所定点数に加算する。

- イ 看護必要度加算 1 55点
- ロ 看護必要度加算 2 45点
- ハ 看護必要度加算 3 25点

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

5 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

6 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

- イ 臨床研修病院入院診療加算
- ロ 救急医療管理加算
- ハ 超急性期脳卒中加算
- ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
- ホ 在宅患者緊急入院診療加算
- ヘ 診療録管理体制加算
- ト 医師事務作業補助体制加算
- チ 急性期看護補助体制加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
- リ 看護職員夜間配置加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）
- ヌ 乳幼児加算・幼児加算
- ル 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
- ヲ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ワ 看護補助加算
- カ 地域加算
- ヨ 離島加算
- タ 療養環境加算
- レ HIV感染者療養環境特別加算
- ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ツ 重症者等療養環境特別加算
- ネ 小児療養環境特別加算
- ナ 無菌治療室管理加算
- ラ 放射線治療病室管理加算
- ム 緩和ケア診療加算
- ウ 精神科リエゾンチーム加算
- キ 強度行動障害入院医療管理加算
- ノ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
- オ 摂食障害入院医療管理加算
- ク がん拠点病院加算
- ヤ 栄養サポートチーム加算
- マ 医療安全対策加算
- ケ 感染防止対策加算
- フ 患者サポート体制充実加算

- コ ^{じよくそろう}褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- エ ハイリスク妊娠管理加算
- テ 総合評価加算
- ア 呼吸ケアチーム加算
- サ 後発医薬品使用体制加算
- キ 病棟薬剤業務実施加算 1
- ユ データ提出加算
- メ 退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）
- ミ 認知症ケア加算
- シ 精神疾患診療体制加算
- エ 薬剤総合評価調整加算

- 8 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注7までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

A106 障害者施設等入院基本料（1日につき）

1	7対1入院基本料	1,588点
2	10対1入院基本料	1,329点
3	13対1入院基本料	1,118点
4	15対1入院基本料	978点

- 注1 障害者施設等一般病棟（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
- | | | |
|---|---------------|------|
| イ | 14日以内の期間 | 312点 |
| ロ | 15日以上30日以内の期間 | 167点 |
- 4 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場

合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、860点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

6 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、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）第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

- | | |
|---------------------|--------|
| (1) 医療区分2の患者に相当するもの | 1,465点 |
| (2) 医療区分1の患者に相当するもの | 1,331点 |

ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

- | | |
|---------------------|--------|
| (1) 医療区分2の患者に相当するもの | 1,317点 |
| (2) 医療区分1の患者に相当するもの | 1,184点 |

ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

- | | |
|---------------------|--------|
| (1) 医療区分2の患者に相当するもの | 1,219点 |
| (2) 医療区分1の患者に相当するもの | 1,086点 |

7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 臨床研修病院入院診療加算

ロ 在宅患者緊急入院診療加算

ハ 診療録管理体制加算

ニ 医師事務作業補助体制加算

ホ 乳幼児加算・幼児加算

ヘ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）

ト 特殊疾患入院施設管理加算

チ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

リ 看護配置加算

ヌ 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

ル 地域加算

ヲ 離島加算

ワ 療養環境加算

カ HIV感染者療養環境特別加算

ヨ 二類感染症患者療養環境特別加算

タ 重症者等療養環境特別加算

レ 強度行動障害入院医療管理加算

ソ 医療安全対策加算

ツ 感染防止対策加算

- ネ 患者サポート体制充実加算
- ナ 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- ラ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
- ム データ提出加算
- ウ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）
- エ 認知症ケア加算

8 注6に規定する点数を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

A107 削除

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

1 有床診療所入院基本料 1	
イ 14日以内の期間	861点
ロ 15日以上30日以内の期間	669点
ハ 31日以上	567点
2 有床診療所入院基本料 2	
イ 14日以内の期間	770点
ロ 15日以上30日以内の期間	578点
ハ 31日以上	521点
3 有床診療所入院基本料 3	
イ 14日以内の期間	568点
ロ 15日以上30日以内の期間	530点
ハ 31日以上	500点
4 有床診療所入院基本料 4	
イ 14日以内の期間	775点
ロ 15日以上30日以内の期間	602点
ハ 31日以上	510点
5 有床診療所入院基本料 5	
イ 14日以内の期間	693点
ロ 15日以上30日以内の期間	520点
ハ 31日以上	469点
6 有床診療所入院基本料 6	
イ 14日以内の期間	511点
ロ 15日以上30日以内の期間	477点
ハ 31日以上	450点

注1 有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を

担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

4 夜間の緊急体制確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

5 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 医師配置加算1 88点
- ロ 医師配置加算2 60点

6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 看護配置加算1 40点
- ロ 看護配置加算2 20点
- ハ 夜間看護配置加算1 85点
- ニ 夜間看護配置加算2 35点
- ホ 看護補助配置加算1 10点
- ヘ 看護補助配置加算2 5点

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあつては、2,000点）を所定点数に加算する。

8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

- イ 救急医療管理加算
- ロ 超急性期脳卒中加算
- ハ 妊産婦緊急搬送入院加算
- ニ 在宅患者緊急入院診療加算
- ホ 診療録管理体制加算
- ヘ 乳幼児加算・幼児加算
- ト 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
- チ 特殊疾患入院施設管理加算
- リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ヌ 地域加算
- ル 離島加算
- ヲ HIV感染者療養環境特別加算
- ワ 二類感染症患者療養環境特別加算
- カ 小児療養環境特別加算
- ヨ 無菌治療室管理加算
- タ 放射線治療病室管理加算
- レ 重症皮膚潰瘍管理加算
- ソ 有床診療所緩和ケア診療加算

- ツ 医療安全対策加算
- ネ 感染防止対策加算
- ナ 患者サポート体制充実加算
- ラ ハイリスク妊娠管理加算
- ム 総合評価加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算
- キ 退院支援加算（1のイ及び2のイに限る。）
- ノ 薬剤総合評価調整加算

- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。
- 10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。
- 11 有床診療所入院基本料1、有床診療所入院基本料2又は有床診療所入院基本料3を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に1日につき5点を所定点数に加算する。

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

1	入院基本料A	994点（生活療養を受ける場合にあつては、980点）
2	入院基本料B	888点（生活療養を受ける場合にあつては、874点）
3	入院基本料C	779点（生活療養を受ける場合にあつては、765点）
4	入院基本料D	614点（生活療養を受ける場合にあつては、599点）
5	入院基本料E	530点（生活療養を受ける場合にあつては、516点）

- 注1 有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であつて、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。
- 2 注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、459点（生活療養を受ける場合にあつては、444点）を算定できる。
- 3 有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
- 4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡^{じよくそう}評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であつて、当該他の保険医療

機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあつては、2,000点）を所定点数に加算する。
- 8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ロ 診療録管理体制加算
 - ハ 乳幼児加算・幼児加算
 - ニ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ホ 地域加算
 - ヘ 離島加算
 - ト HIV感染者療養環境特別加算
 - チ 診療所療養病床療養環境加算
 - リ 診療所療養病床療養環境改善加算
 - ヌ 重症皮膚潰瘍管理加算
 - ル 有床診療所緩和ケア診療加算
 - ヲ 医療安全対策加算
 - ワ 感染防止対策加算
 - カ 患者サポート体制充実加算
 - ヨ 総合評価加算
 - タ 退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）
 - レ 薬剤総合評価調整加算
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。
- 10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理実施加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。
- 11 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算として、1日につき10点を所定点数に加算する。

第2節 入院基本料等加算

区分

A200 総合入院体制加算（1日につき）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 1 削除

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算（週1回） 150点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B 0 1 1 - 4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）

- | | |
|-----------------|-----|
| 1 後発医薬品使用体制加算 1 | 42点 |
| 2 後発医薬品使用体制加算 2 | 35点 |
| 3 後発医薬品使用体制加算 3 | 28点 |

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | |
|-----------------------|------|
| 1 病棟薬剤業務実施加算 1（週1回） | 100点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき） | 80点 |

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算 1 にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては1日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

A 2 4 5 データ提出加算（入院中1回）

- | | |
|----------------|------|
| 1 データ提出加算 1 | |
| イ 200床以上の病院の場合 | 120点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 170点 |
| 2 データ提出加算 2 | |
| イ 200床以上の病院の場合 | 130点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 180点 |

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、

支援連携指導料及び区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）は別に算定できない。

イ 当該保険医療機関において注1に規定する退院支援加算1又は注3に規定する退院支援加算3の届出を行っている病棟に入院している患者（あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

ロ 他の保険医療機関からの転院（1回の転院に限る。）患者（当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

5 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注2に規定する届出の有無にかかわらず、注2に規定する加算の点数に代えて、退院支援加算（特定地域）として、それぞれ95点又は318点を所定点数に加算することができる。

A247 認知症ケア加算（1日につき）

1 認知症ケア加算1

イ 14日以内の期間 150点

ロ 15日以上期間 30点

2 認知症ケア加算2

イ 14日以内の期間 30点

ロ 15日以上期間 10点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者のケアが開始された日から起算した入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算1を算定する場合は、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。

2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

A248 精神疾患診療体制加算

1 精神疾患診療体制加算1（入院初日）

1,000点

2 精神疾患診療体制加算2（入院初日から3日以内に1回）

330点

注1 精神疾患診療体制加算1は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院を受け入れた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

2 精神疾患診療体制加算2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい

るものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この表において「精神保健指定医」という。）等の精神科医が診察を行った場合に、入院初日から3日以内に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算（1日につき） 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点

注 入院中の患者について、以下のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合

ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前の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、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

第3節 特定入院料

区分

A 3 0 0 救命救急入院料（1日につき）

1 救命救急入院料1

イ 3日以内の期間 9,869点

ロ 4日以上7日以内の期間 8,929点

ハ 8日以上14日以内の期間 7,623点

2 救命救急入院料2

イ 3日以内の期間 11,393点

ロ 4日以上7日以内の期間 10,316点

ハ 8日以上14日以内の期間 9,046点

3 救命救急入院料3

イ 救命救急入院料

(1) 3日以内の期間 9,869点

(2) 4日以上7日以内の期間 8,929点

(3) 8日以上14日以内の期間 7,623点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 3日以内の期間 9,869点

(2) 4日以上7日以内の期間 8,929点

(3) 8日以上60日以内の期間 8,030点

4 救命救急入院料4

イ 救命救急入院料

(1) 3日以内の期間 11,393点

(2) 4日以上7日以内の期間 10,316点

(3) 8日以上14日以内の期間 9,046点

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1) 3日以内の期間 11,393点

- (2) 4日以上7日以内の期間 10,316点
- (3) 8日以上14日以内の期間 9,046点
- (4) 15日以上60日以内の期間 8,030点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき1,000点を所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき500点を所定点数に加算する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。

6 当該保険医療機関において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析） 5,000点
- ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの） 350点

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。

8 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加入算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあっては、医師事務作業補助体制加算2を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）
- ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）
- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301 特定集中治療室管理料（1日につき）

1	特定集中治療室管理料 1	
	イ 7日以内の期間	13,650点
	ロ 8日以上14日以内の期間	12,126点
2	特定集中治療室管理料 2	
	イ 特定集中治療室管理料	
	(1) 7日以内の期間	13,650点
	(2) 8日以上14日以内の期間	12,126点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(1) 7日以内の期間	13,650点
	(2) 8日以上60日以内の期間	12,319点
3	特定集中治療室管理料 3	
	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,837点
4	特定集中治療室管理料 4	
	イ 特定集中治療室管理料	
	(1) 7日以内の期間	9,361点
	(2) 8日以上14日以内の期間	7,837点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(1) 7日以内の期間	9,361点
	(2) 8日以上60日以内の期間	8,030点
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	
2	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。	
	イ 7日以内の期間	2,000点
	ロ 8日以上14日以内の期間	1,500点
3	第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。	
	イ 入院基本料	
	ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡 ^{しよくそう} ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）	
	ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）	
	ニ 点滴注射	
	ホ 中心静脈注射	
	ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）	
	ト 留置カテーテル設置	
	チ 第13部第1節の病理標本作製料	

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）

- 1 ハイケアユニット入院医療管理料1 6,584点
- 2 ハイケアユニット入院医療管理料2 4,084点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつてハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院^{じょくそ}加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）

5,804点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14日を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム^{じょくそ}加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

- 1 7日以内の期間 15,752点
- 2 8日以上期間 13,720点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）

を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては35日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A302 新生児特定集中治療室管理料（1日につき）

- | | | |
|---|----------------|---------|
| 1 | 新生児特定集中治療室管理料1 | 10,174点 |
| 2 | 新生児特定集中治療室管理料2 | 8,109点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算及び退院支援加算（1のイ及び3に限る。）を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）

- | | | |
|---|---------------|---------|
| 1 | 母体・胎児集中治療室管理料 | 7,125点 |
| 2 | 新生児集中治療室管理料 | 10,174点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

リ 第13部第1節の病理標本作製料

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料（1日につき） 5,499点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算（1のイ及び3に限る。）を除く。）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

A304 削除

A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

- | | | |
|---|----------|--------|
| 1 | 14日以内の期間 | 9,046点 |
| 2 | 15日以上 | 7,826点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。

2 第1章基本診療料並びに第2章第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算（1のイに限る。）を除く。）

ハ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ニ 留置カテーテル設置

ホ 第13部第1節の病理標本作製料

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）

2,009点

注1 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。

2 当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。

3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ	医療区分2の患者に相当するもの	1,857点
---	-----------------	--------

ロ	医療区分1の患者に相当するもの	1,701点
---	-----------------	--------

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

- | | | |
|---|------------|--------|
| 1 | 小児入院医療管理料1 | 4,584点 |
|---|------------|--------|

2	小児入院医療管理料 2	4,076点
3	小児入院医療管理料 3	3,670点
4	小児入院医療管理料 4	3,060点
5	小児入院医療管理料 5	2,145点

- 注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設(ぼう)に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき100点を所定点数に加算する。
- 3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき600点を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。
- 5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡(じよくそう)ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。
- 6 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡(じよくそう)ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。
- 7 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート

体制充実加算、^{じよくそろう}褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ及び3に限る。）及び精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | 回復期リハビリテーション病棟入院料1 | 2,025点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、2,011点) | |
| 2 | 回復期リハビリテーション病棟入院料2 | 1,811点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、1,796点) | |
| 3 | 回復期リハビリテーション病棟入院料3 | 1,657点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、1,642点) | |

注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。

2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料2又は回復期リハビリテーション病棟入院料3を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、リハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき40点を所定点数に加算する。

4 診療に係る費用（注2、注3及び注5に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- | | | |
|---|---------|------|
| イ | 体制強化加算1 | 200点 |
| ロ | 体制強化加算2 | 120点 |

A308-2 削除

A308-3 地域包括ケア病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|--------------|--------|
| 1 | 地域包括ケア病棟入院料1 | 2,558点 |
|---|--------------|--------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| | (生活療養を受ける場合にあつては、2,544点) | |
| 2 | 地域包括ケア入院医療管理料 1 | 2,558点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、2,544点) | |
| 3 | 地域包括ケア病棟入院料 2 | 2,058点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、2,044点) | |
| 4 | 地域包括ケア入院医療管理料 2 | 2,058点 |
| | (生活療養を受ける場合にあつては、2,044点) | |

- 注1 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2及び4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。
- 2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料1(特定地域)、地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域)、地域包括ケア病棟入院料2(特定地域)又は地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域)について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ2,191点、2,191点、1,763点又は1,763点(生活療養を受ける場合にあつては、それぞれ2,177点、2,177点、1,749点又は1,749点)を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料(特定地域)又は地域包括ケア入院医療管理料(特定地域)に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 6 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研

修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）及び認知症ケア加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、第10部手術、第11部麻酔並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2に含まれるものとする。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|------------|--------|
| 1 | 特殊疾患病棟入院料1 | 2,008点 |
| 2 | 特殊疾患病棟入院料2 | 1,625点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき600点を所定点数に加算する。

3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のイの④に規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

- | | | |
|-----|-----------------|--------|
| (1) | 医療区分2の患者に相当するもの | 1,857点 |
| (2) | 医療区分1の患者に相当するもの | 1,701点 |

ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

- | | | |
|-----|-----------------|--------|
| (1) | 医療区分2の患者に相当するもの | 1,608点 |
| (2) | 医療区分1の患者に相当するもの | 1,452点 |

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）並びに認知症ケア加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

- | | | |
|---|---------------|--------|
| 1 | 30日以内の期間 | 4,926点 |
| 2 | 31日以上60日以内の期間 | 4,400点 |
| 3 | 61日以上 | 3,300点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

- 2 当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）により在宅での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。
- 3 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算及び退院支援加算（1のイに限る。））第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

A311 精神科救急入院料（1日につき）

- | | |
|-------------|--------|
| 1 精神科救急入院料1 | |
| イ 30日以内の期間 | 3,557点 |
| ロ 31日以上 | 3,125点 |
| 2 精神科救急入院料2 | |
| イ 30日以内の期間 | 3,351点 |
| ロ 31日以上 | 2,920点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

- 2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。
- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

- | | |
|------------------|--------|
| 1 精神科急性期治療病棟入院料1 | |
| イ 30日以内の期間 | 1,984点 |

- ロ 31日以上の期間 1,655点
- 2 精神科急性期治療病棟入院料 2
 - イ 30日以内の期間 1,881点
 - ロ 31日以上の期間 1,552点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定するものに限る。）並びに薬剤総合評価調整加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

- 1 30日以内の期間 3,560点
- 2 31日以上の期間 3,128点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に

含まれるものとする。

- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料（1日につき） 2,957点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- 2 診療に要する費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき） 1,090点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。
- 2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。
- 3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。
 - イ 重症者加算1 60点
 - ロ 重症者加算2 30点
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が

地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。

- 7 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注5に規定する加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

A313 削除

A314 認知症治療病棟入院料（1日につき）

1 認知症治療病棟入院料1

- イ 30日以内の期間 1,809点
ロ 31日以上60日以内の期間 1,501点
ハ 61日以上 1,203点

2 認知症治療病棟入院料2

- イ 30日以内の期間 1,316点
ロ 31日以上60日以内の期間 1,111点
ハ 61日以上 987点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。

3 当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算する。

4 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用、区分番号J038に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

A315及びA316 削除

A317 特定一般病棟入院料（1日につき）

1 特定一般病棟入院料1

1,121点

2 特定一般病棟入院料2

960点

注1 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（一般病棟が1病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 14日以内の期間 450点
ロ 15日以上30日以内の期間 192点

- 3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、HIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩^{べん}管理加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイ、2のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算及び薬剤総合評価調整加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,191点又は1,763点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- 8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（1のイに限る。）及び認知症ケア加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。
- 9 注1から注6までの規定にかかわらず、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。）であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。

A318 地域移行機能強化病棟入院料（1日につき）

1,527点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。

- イ 重症者加算1 60点
- ロ 重症者加算2 30点

4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算並びに薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A400 短期滞在手術等基本料

- 1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 2,856点
- 2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 4,918点
（生活療養を受ける場合にあつては、4,890点）
- 3 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）
 - イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 1 携帯用装置を使用した場合 17,300点
（生活療養を受ける場合にあつては、17,229点）
 - ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 7,491点
（生活療養を受ける場合にあつては、7,420点）
 - ハ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 9,349点
（生活療養を受ける場合にあつては、9,278点）
 - ニ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 6,000点
（生活療養を受ける場合にあつては、5,929点）
 - ホ D413 前立腺針生検法 11,380点
（生活療養を受ける場合にあつては、11,309点）
 - へ K008 腋臭症手術^{えき} 2 皮膚有毛部切除術 19,993点
（生活療養を受ける場合にあつては、19,922点）
 - ト K093-2 関節鏡下手根管開放手術 19,313点
（生活療養を受ける場合にあつては、19,242点）
 - チ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術^{くう}（両側） 40,666点
（生活療養を受ける場合にあつては、40,595点）
 - リ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの

	(片側)			22,096点
			(生活療養を受ける場合にあつては、22,025点)	
ヌ	K 2 8 2	水晶体再建術	1 眼内レンズを挿入する場合	ロ その他のもの
	(両側)			37,054点
			(生活療養を受ける場合にあつては、36,983点)	
ル	K 2 8 2	水晶体再建術	2 眼内レンズを挿入しない場合	(片側)
				20,065点
			(生活療養を受ける場合にあつては、19,994点)	
ヲ	K 2 8 2	水晶体再建術	2 眼内レンズを挿入しない場合	(両側)
				30,938点
			(生活療養を受ける場合にあつては、30,867点)	
ワ	K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術	1 長径5センチメートル未満	
				19,806点
			(生活療養を受ける場合にあつては、19,735点)	
カ	K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術		
				37,588点
			(生活療養を受ける場合にあつては、37,517点)	
ヨ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	1 抜去切除術	
				24,013点
			(生活療養を受ける場合にあつては、23,942点)	
タ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	2 硬化療法(一連として)	
				12,669点
			(生活療養を受ける場合にあつては、12,598点)	
レ	K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	3 高位結紮術	
				11,749点
			(生活療養を受ける場合にあつては、11,678点)	
ソ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)	
				35,052点
			(生活療養を受ける場合にあつては、34,981点)	
ツ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。)	
				28,140点
			(生活療養を受ける場合にあつては、28,069点)	
ネ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。)	
				25,498点
			(生活療養を受ける場合にあつては、25,427点)	
ナ	K 6 3 3	ヘルニア手術	5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。)	
				24,466点
			(生活療養を受ける場合にあつては、24,395点)	
ラ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。)		
				68,729点
			(生活療養を受ける場合にあつては、68,658点)	
ム	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る。)		
				55,102点
			(生活療養を受ける場合にあつては、55,031点)	
ウ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満に限る。)		
				43,921点
			(生活療養を受ける場合にあつては、43,850点)	
キ	K 6 3 4	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。)		
				50,212点
			(生活療養を受ける場合にあつては、50,141点)	
ノ	K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	1 長径2センチメートル未満	
				14,314点
			(生活療養を受ける場合にあつては、14,243点)	
オ	K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	2 長径2センチメートル以上	
				17,847点
			(生活療養を受ける場合にあつては、17,776点)	
ク	K 7 4 3	痔核手術(脱肛を含む。)	2 硬化療法(四段階注射法によるもの)	
				12,291点

		(生活療養を受ける場合にあつては、12,220点)	
ヤ	K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	28,010点
		(生活療養を受ける場合にあつては、27,939点)	
マ	K867	子宮頸部(腔部)切除術	17,344点
		(生活療養を受ける場合にあつては、17,273点)	
ケ	K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	34,438点
		(生活療養を受ける場合にあつては、34,367点)	
フ	M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	59,855点
		(生活療養を受ける場合にあつては、59,784点)	

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合(同一の日に入院及び退院した場合に限る。)は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合(入院した日の翌日までに退院した場合に限る。)は短期滞在手術等基本料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

2 保険医療機関(診療所を除く。)において、当該手術を行った場合(入院した日から起算して5日までの期間に限る。)は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間(PT)、全血凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミルトランスフェラーゼ(γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄(Fe)、血中ケトン体・糖・クロール検査(試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極によるもの)、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応(STS)定性、抗ストレプトリジンO(ASO)定性、抗ストレプトリジンO(ASO)半定量、抗ストレプトリジンO(ASO)定量、抗ストレプトキナーゼ(ASK)定性、抗ストレプトキナーゼ(ASK)半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性(尿・髄液)、ヘモフィルス・インフルエンザb型(Hib)抗原定性(尿・髄液)、単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量

- ト 血漿^{しょうたん}蛋白免疫学的検査
C反応性蛋白^{たん}（CRP）定性及びC反応性蛋白^{たん}（CRP）
 - チ 心電図検査
区分番号D208の1に掲げるもの
 - リ 写真診断
区分番号E001の1に掲げるもの
 - ヌ 撮影
区分番号E002の1に掲げるもの
 - ル 麻酔管理料(I)
区分番号L009に掲げるもの
 - ヲ 麻酔管理料(II)
区分番号L010に掲げるもの
- 4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料2に含まれるものとする。
- イ 入院基本料
 - ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。）
 - ハ 注3のイからヲまでに掲げるもの
- 5 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。

- リ 肝炎ウイルス関連検査
HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量
- ヌ 血漿蛋白免疫学的検査
C反応性蛋白(CRP)、血清補体価(CH₅₀)、免疫グロブリン、C₃、
C₄、トランスフェリン(Tf)、β₂-マイクログロブリン
- ル 心電図検査
- ヲ 写真診断
単純撮影(胸部)
- ワ 撮影
単純撮影(胸部)

- 16 喘息治療管理料
- 1 喘息治療管理料1
 - イ 1月目 75点
 - ロ 2月目以降 25点
 - 2 喘息治療管理料2 280点
- 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度喘息である20歳以上の患者(中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診(区分番号A000に掲げる初診料の注7、区分番号A001に掲げる再診料の注5又は区分番号A002に掲げる外来診療料の注8に規定する加算を算定したものに限る。)した回数が過去1年間に3回以上あるものに限る。)に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週1回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、次に掲げる点数を月1回に限り加算する。
- (1) 1月目 2,525点
 - (2) 2月目以降6月目まで 1,975点
- 3 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者(6歳未満又は65歳以上のものに限る。)であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。
- 17 慢性疼痛疾患管理料 130点
- 注1 診療所である保険医療機関において、入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置の費用(薬剤の費用を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。
- 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし

対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り、患者1人につき6回を限度として算定する。

B006 救急救命管理料 500点

注1 患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。

2 救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B006-2 削除

B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点

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

B007 退院前訪問指導料 580点

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B007-2 退院後訪問指導料 580点

注1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月以内の期間（退院日を除く。）に限り、5回を限度として算定する。

2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。

3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B008 薬剤管理指導料

1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 380点

2 1の患者以外の患者に対して行う場合 325点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき50点を所定点数に加算する。

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料(I) 250点

を所定点数に加算する。

3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。

4 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料 240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 1 同一建物居住者以外の場合 650点
- 2 同一建物居住者の場合 300点

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

- 1 同一建物居住者以外の場合 530点
- 2 同一建物居住者の場合 450点

注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

2 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C010 在宅患者連携指導料 900点

注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を

第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合は除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。

第1節 調剤料

区分

F000 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点
 - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注1 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点をそれぞれ加算する。
- 2 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
 - 3 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。

第2節 処方料

区分

F100 処方料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点
 - 3 1及び2以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。
 - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。
 - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。
 - 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。

- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。
- 8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
- 9 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
- 10 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。
- 11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。

イ	外来後発医薬品使用体制加算1	4点
ロ	外来後発医薬品使用体制加算2	3点

第3節 薬剤料

区分

F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

- 注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。
- 2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 3 注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
- 4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には

、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

- 5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。
- 6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
- 7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。
- 8 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。

第4節 特定保険医療材料料

区分

F 3 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 処方せん料

区分

F 4 0 0 処方せん料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 30点
 - 2 1以外の場合であつて、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 40点
 - 3 1及び2以外の場合 68点
- 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
 - 3 3歳未満の乳幼児に対して処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。
 - 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。
 - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注4の加算は算定できない。
 - 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。

7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。

イ 一般名処方加算1 3点

ロ 一般名処方加算2 2点

8 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

9 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。

第6節 調剤技術基本料

区分

F500 調剤技術基本料

1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点

2 その他の患者に投薬を行った場合 8点

注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。

2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。

3 1において、調剤を院内製剤の上を行った場合は、所定点数に10点を加算する。

4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

6 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。

第6部 注射

通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、前2号により算定した点数に15点を加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。
- 5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、前各号により算定した点数に5点を加算する。
- 6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

(1) 外来化学療法加算A

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 820点 |
| ② 15歳以上 | 600点 |

(2) 外来化学療法加算B

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 670点 |
| ② 15歳以上 | 450点 |

ロ 外来化学療法加算2

(1) 外来化学療法加算A

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 740点 |
| ② 15歳以上 | 470点 |

(2) 外来化学療法加算B

- | | |
|---------|------|
| ① 15歳未満 | 640点 |
| ② 15歳以上 | 370点 |

- 7 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。
- 8 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 注射料

通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 20点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

G001 静脈内注射（1回につき） 32点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

とする。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、500点を所定点数に加算する。

G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500点
注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、500点を所定点数に加算する。

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき） 125点
注1 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。

2 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、50点を所定点数に加算する。

G007 腱鞘内注射 27点

G008 骨髄内注射
1 胸骨 80点
2 その他 90点

G009 脳脊髄腔注射
1 脳室 300点
2 後頭下 220点
3 腰椎 140点

注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、60点を加算する。

G010 関節腔内注射 80点

G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 80点

G011 気管内注入 100点

G012 結膜下注射 27点

G012-2 自家血清の眼球注射 27点

G013 角膜内注射 35点

G014 球後注射 60点

G015 テノン氏嚢内注射 60点

G016 硝子体内注射 580点

G017 腋窩多汗症注射（片側につき） 200点

第2款 無菌製剤処理料

区分

G020 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点

ロ イ以外の場合 45点

2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

第2節 薬剤料

区分

平成28年3月4日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長
（公印省略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公印省略）

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第52号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第53号）が公布され、平成28年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年3月5日保医発0305第1号）は、平成28年3月31日限り廃止する。

記

第1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「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）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添1のとおりとする。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添2のとおりとする。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添3のとおりとする。

と。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

- (イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要
- (ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療
- (ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）
- (ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア
- (ホ) 呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）
- (ヘ) 安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）
- (ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ
- (チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (リ) コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践

- (3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。
- (4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。
- (5) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること。
- (6) 呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。
- (7) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2及び様式13の2を用いること。
また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。
- (2) 1の(7)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第26の2 後発医薬品使用体制加算

1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

- (1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、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採用を決定する体制が整備されていること。

と。

(2) 当該保険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薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上70%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては50%以上60%未満であること。

(3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）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) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤

イ 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬（薬効分類番号510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号520）

オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）

(5) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）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入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

(6) DPC対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。

2 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第26の3 病棟薬剤業務実施加算

1 病棟薬剤業務実施加算1の施設基準

(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。

(2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

病棟の概念及び1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添2の第2の1及び2によるものであること。

なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。

- (3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）があつてはならないこと。
- (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
- (6) 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
 - ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日数等を含む。）
 - イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用（医薬品医療機器法第68条の10第2項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第68条の10第1項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。）、ヒヤリハット、インシデント等の情報
 - ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報（後発医薬品に関するこれらの情報も含む。）
- (7) 医薬品安全性情報等（(6)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。）のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者（入院中の患者以外の患者を含む。）を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
- (8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- (9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
- (10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（医薬品業務手順書）」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。
- (11) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制につ

いては、第1の1の(7)と同様であること。

(12) 区分番号「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。

(13) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。

2 病棟薬剤業務実施加算2の施設基準

(1) 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っていること。

(2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該加算を算定する治療室に配置されていること。

(3) 当該保険医療機関において、治療室専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない治療室があってはならないこと。

(4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。

(5) 医薬品情報管理室が、治療室専任の薬剤師を通じて、1の(6)のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

(6) 治療室専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各治療室での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

3 届出に関する事項

(1) 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4を用いること。また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。

(2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添7の様式20を用いて提出すること。

(3) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。

(4) 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算の施設基準

(1) 区分番号「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。

(2) 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め、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。）」（以下「DPC調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、DPC調査事務局と常時連絡可能な担当者を2名指定すること。

(3) DPC調査に適切に参加し、DPCデータの作成対象病棟（第1節の入院基本料（区分番号「A108」有床診療所入院基本料及び区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を除く。）、第3節の特定入院料及び第4節の短期滞在手術等基本料（区分番号「A400」の短期滞在手術等基本料1を除く。）に係る病棟）に入院する全ての患者について、

算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「口腔療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計を上回ること。

(6) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

2 退院支援加算2に関する施設基準

(1) 1の(1)及び(2)の施設基準を満たしていること。

(2) 有床診療所の場合は、当該退院支援部門に、退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

3 退院支援加算3に関する施設基準

(1) 1の(1)の施設基準を満たしていること。

(2) 当該退院支援部門に退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師又は退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師又は専任の社会福祉士は、週30時間以上退院支援に係る業務に従事していること。

4 地域連携診療計画加算に関する施設基準

(1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関等と共有されていること。

(2) 連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

(3) 退院支援加算1又は退院支援加算3に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

5 退院支援加算の「注5」に規定する施設基準

(1) 1の(1)の施設基準を満たしていること。

(2) 当該退院支援部門に、退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。

6 届出に関する事項

(1) 退院支援加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の9を用いること。

(2) 地域連携診療計画加算に係る届出は、別添7の様式12を用いること。これに添付する地域連携診療計画は様式12の2に準じた様式を用いること。

第26の6 認知症ケア加算

1 認知症ケア加算1の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。

ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師

イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る

適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。

(2) (1)のアに掲げる医師は、精神科の経験を5年以上有する医師、神経内科の経験を5年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。なお、ここでいう適切な研修とは、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、認知症診断について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものであること。

(3) (1)のイに掲げる認知症看護に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。(6か月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防

(ロ) 認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要

(ハ) 認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法

(ニ) 認知症看護に必要なアセスメントと援助技術

(ホ) コミュニケーションスキル

(ヘ) 認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状(BPSD)への対応

(ト) ケアマネジメント(各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法)

(チ) 家族への支援・関係調整

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

(4) (1)のウに掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士は、認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者又は介護支援専門員の資格を有する者であること。

(5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

ア 認知症患者のケアに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、チームの構成員及び当該患者の入院する病棟の看護師等、必要に応じて当該患者の診療を担う医師などが参加していること。

イ チームは、週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況の把握や病棟職員への助言等を行うこと。

ウ チームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行う

うこと。

エ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的実施すること。

- (6) 認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等は、原則として年に1回、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること（ただし、既に前年度又は前々年度に研修を受けた看護師等にあつてはこの限りではない）。
- (7) 当該保険医療機関において、当該チームが組織上明確に位置づけられていること。
- (8) 病院勤務医及び看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
当該体制については、第1の1の(7)と同様とし、看護職員に関する体制については、これに準じること。

2 認知症ケア加算2の施設基準

- (1) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を複数名配置すること。
- (2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの）
 - イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。
 - (イ) 認知症の原因疾患と病態・治療
 - (ロ) 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術
 - (ハ) コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法
 - (ニ) 行動・心理症状（BPSD）、せん妄の予防と対応法
 - (ホ) 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援
- (3) 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。
- (4) (1)の看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

3 届出に関する事項

- (1) 2の(1)の研修を受けた看護師の配置については、平成29年3月31日までの間は、1名の配置で複数名の配置とみなす。
- (2) 認知症ケア加算1の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の10、様式13の2及び13の3を用いること。
- (3) 認知症ケア加算2の届出は、保険医療機関単位で届け出るが、その際、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床を除いて届け出ることができること。また、施設基準に係る届出は、別添7の様式40の11を用いること。

第26の7 精神疾患診療体制加算

平成28年3月4日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第52号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第54号）が公布され、平成28年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年3月5日保医発0305第2号）は、平成28年3月31日限り廃止する。

記

第1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）に定めるものの他、別添1のとおりとする。
- 2 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の8 心臓ペースメーカー指導管理料

1 植込型除細動器移行期加算に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

- (1) 区分番号「K599」植込型除細動器移植術、区分番号「K599-2」植込型除細動器交換術及び区分番号「K599-5」経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）
- (2) 区分番号「K599-3」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

2 届出に関する事項

植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていればよく、植込型除細動器移行期加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2 高度難聴指導管理料

1 高度難聴指導管理料に関する施設基準

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) 人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 高度難聴指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式2を用いること。
- (2) 1の(1)に該当する保険医療機関については、第61の人工内耳植込術の施設基準の届出をもって高度難聴指導管理料の施設基準の届出に代えることができる。

第3 喘息治療管理料

1 喘息治療管理料注2に規定する加算に関する施設基準

- (1) 専任の看護師又は准看護師が常時1人以上配置され、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制を整えていること。
- (2) ピークフロー値及び一秒量等を計測する機器を備えるとともに、患者から定期的に報告される検査値等の情報を適切に蓄積、解析し、管理できる体制を整えていること。
- (3) 当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を常に確保していること。
- (4) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 喘息治療管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式3を用いること。

- (2) 1の(1)から(3)までに掲げる事項についてその概要を記載すること。
- (3) 1の(4)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第3の2 小児悪性腫瘍患者指導管理料

1 小児悪性腫瘍患者指導管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4 糖尿病合併症管理料

1 糖尿病合併症管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に糖尿病治療及び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が1名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。

なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア 国及び医療関係団体等(糖尿病重症化予防(フットケア)研修を行っている日本糖尿病教育・看護学会等)が主催する研修であること。

イ 糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

ウ 糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上のものであること。

- (3) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5を用いること。
- (2) 1の(1)に掲げる医師及び(2)に掲げる看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(3)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4の2 がん性疼痛緩和指導管理料

1 がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケア

(4) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

(5) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

2 届出に関する事項

当該指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の4を用いること。

第11の4 認知症専門診断管理料

1 認知症専門診断管理料1に関する施設基準

「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年7月9日老発0709第3号（平成27年6月26日老発0626第3号による一部改正後のもの））における認知症疾患医療センターであること。

2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準

1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。

3 届出に関する事項

認知症専門診断管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の5 肝炎インターフェロン治療計画料

1 肝炎インターフェロン治療計画料に関する施設基準

(1) 肝疾患に関する専門的な知識を持つ医師による診断（活動度及び病期を含む。）と治療方針の決定が行われていること。

(2) インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有していること。

(3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有していること。

2 届出に関する事項

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の6を用いること。

第11の6 退院後訪問指導料

退院後訪問指導料の対象の患者は、「特掲診療料の施設基準等」別表第8に掲げる状態の患者又は「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0203003号）におけるランクⅢ以上の患者であること。

第12 薬剤管理指導料

1 薬剤管理指導料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。

(2) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。

(3) 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情

報提供を行っていること。

- (4) 当該保険医療機関の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導（副作用に関する状況把握を含む。）を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づく適切な患者指導を行っていること。
- (5) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うものとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。
- (6) 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療科につき区分して届出を受理して差し支えない。

2 薬剤管理指導料の対象患者

薬剤管理指導料の「1」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗HIV薬が投薬又は注射されている患者をいう。

3 届出に関する事項

- (1) 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式14を用いること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導、又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。
- (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

第12の1の2 診療情報提供料（I）及び電子的診療情報評価料

1 診療情報提供料（I）の地域連携診療計画加算に関する施設基準

- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関等と共有されていること。
- (2) 連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

2 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料に関する施設基準

- (1) 他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能な情報には、原則として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院時要約が含まれていること。（退院時要約については平成30年3月までは含まれていなくてもよい。診療所にあつては、画像情報・退院時要約については閲覧できるのみでもよい。）また、画像診断の所見についても含まれていることが望ましい。
- (2) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保すること。また、保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など個人情報の保護が確実に実施されていること。
- (3) 常時データを閲覧できるネットワークを用いる際に、ストレージを活用する場合には、原

2 届出に関する事項

コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合の届出を行っていただくと、大腸CT撮影加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第36 心臓MRI撮影加算

1 心臓MRI撮影加算に関する施設基準

- (1) 1.5テスラ以上のMRI装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。

2 届出に関する事項

心臓MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の1の2 乳房MRI撮影加算

1 乳房MRI撮影加算に関する施設基準

- (1) 1.5テスラ以上のMRI装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

2 届出に関する事項

乳房MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の2 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

1 抗悪性腫瘍剤処方管理加算に関する施設基準

- (1) 許可病床数が200床以上の病院であること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

2 届出に関する事項

- (1) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の2を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第36の3 外来後発医薬品使用体制加算

1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準

- (1) 診療所であって、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採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険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薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、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70%未満であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）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) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

① 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤

② 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」

③ 生薬（薬効分類番号510）

④ 漢方製剤（薬効分類番号520）

⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）

(5) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）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の見やすい場所に掲示していること。

2 届出に関する事項

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の3を用いること。

第37 外来化学療法加算

1 外来化学療法加算1に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (6) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

2 外来化学療法加算2に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以

外の目的で使用することは認められないものであること。

- (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (5) 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

3 届出に関する事項

- (1) 外来化学療法加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。

第37の2 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料に関する施設基準

- (1) 2名以上の常勤の薬剤師がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で5平方メートル以上）を有していること。なお、平成26年3月31日において、現に当該処理料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の部屋の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、内法の規定を満たしているものとする。
- (3) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

2 無菌製剤処理料の対象患者

- (1) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。
- (2) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。
 - ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者
 - イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

3 届出に関する事項

- (1) 無菌製剤処理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式40を用いること。

- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。なお、調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(I)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)に関する施設基準

- (1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。また、これらの者については、ADL維持向上等体制加算、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を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあつては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることとは可能である。
- (3) 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で20平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のもので備える必要があること。
- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療

保医発0304第3号
平成28年3月4日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（公印省略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公印省略）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第52号）等が公布され、平成28年4月1日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添1、歯科診療報酬点数表については別添2及び調剤報酬点数表については別添3のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

従前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第3号）は、平成28年3月31日限り廃止する。

て、当該総合的な機能評価を行った時点で現に介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、入院中1回に限り算定する。なお、ここでいう入院中とは、第2部通則5に規定する入院期間中の入院のことをいい、入院期間が通算される再入院時は算定できない。

- (3) 総合的な機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等が変化した場合には、病状の安定が見込まれた後改めて評価を行うこと。ただし、その場合であっても、当該加算は入院中1回に限り算定するものであること。
- (4) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない。
- (5) 総合的な機能評価の結果について患者及びその家族等に説明し、要点を診療録に記載すること。
- (6) 高齢者の総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った評価が適切に実施されるよう十分留意すること。
- (7) 総合的な機能評価の測定結果に基づく評価を行う医師又は歯科医師は、高齢者の診療に資する新しい知見等に関する研修を受けるよう努めること。

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算

- (1) 呼吸ケアチーム加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者であること。ただし、人工呼吸器離脱の過程において、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。
- (3) 呼吸ケアチーム加算は、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に週1回に限り算定する。
- (4) 呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。
- (5) 呼吸ケアチームは当該患者の診療を担う保険医、看護師等と十分に連携を図ること。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

- (1) 後発医薬品使用体制加算は、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採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。
- (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険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を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が50%以上、60%以上又は70%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場

所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

- (3) 後発医薬品使用体制加算の算定対象患者は、DPC対象病棟に入院している患者を除くものであること。

A244 病棟薬剤業務実施加算

- (1) 当該保険医療機関の病棟等において、薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務（以下「病棟薬剤業務」という。）を実施していることを評価したものであり、病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟又は治療室1週間につき20時間相当以上（複数の薬剤師が一の病棟又は治療室において実施する場合には、当該薬剤師が実施に要した時間を全て合算して得た時間が20時間相当以上）実施している場合に、病棟薬剤業務実施加算1にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあつては1日につき所定点数に加算する。ただし、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週を限度として加算できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
- (2) 病棟薬剤業務実施加算の「1」については、区分番号「A100」一般病棟入院基本料、区分番号「A101」療養病棟入院基本料、区分番号「A102」結核病棟入院基本料、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料又は区分番号「A105」専門病院入院基本料のいずれかを算定している患者に対して、病棟薬剤業務実施加算の「2」については、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に算定する。
- (3) 病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。
- ア 過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該保険医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること。
 - イ 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報、医薬品・医療機器等の回収等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。
 - ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること。
 - i 緊急安全性情報、安全性速報
 - ii 医薬品・医療機器等安全性情報
 - iii 医薬品・医療機器等の回収等

- エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付すること。
 - オ 当該病棟に入院している患者に対し2種以上（注射薬及び内用薬を各1種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。
 - カ 患者又はその家族に対し、治療方針に係る説明を行う中で、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合には、病棟専任の薬剤師がこれを行うこと。なお、ここでいう特に安全管理が必要な医薬品とは、薬剤管理指導料の対象患者に規定する医薬品のことをいう。
 - キ 流量又は投与量の計算等が必要な特に安全管理が必要な医薬品等の投与に当たっては、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施すること。
 - ク アからキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日医政発0430第1号）の記の2の（1）（③、⑥及び⑧を除く。）に掲げる業務についても、可能な限り実施するよう努めること。
 - ケ 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。
- (4) 病棟薬剤業務の実施に当たっては、次の点に留意すること。
- ア 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであること。
 - イ 病棟専任の薬剤師は、別紙様式30又はこれに準じた当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から5年間保存しておくこと。また、患者の薬物療法に直接的に関わる業務については、可能な限り、その実施内容を診療録にも記録すること。
 - ウ 病棟薬剤業務実施加算を算定できない病棟又は治療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。

A 2 4 5 データ提出加算

- (1) 厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」（以下「DPC調査」という。）に準拠したデータ（以下「DPCデータ」という。）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である。
- 提出されたデータについては、個別患者を特定できないように集計した後、医療機関毎に公開されるものである。また、入院医療を担う保険医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、中央社会保険医療協議会の要請により適宜活用されるものである。
- (2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、DPCデータ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について、入院中に1回に限り算定する。算定は原則として退院時とする。なお、ここでいう入院中とは第2部通則5に規定する入院期間中の入院（以下同じ。）のことをいい、入院期間が通算される再入院の場合には算定できない。
- (3) DPC対象病院において、入院中に診断群分類点数表による支払を受けたことのある患者については、機能評価係数Iで評価されているため当該加算は別途算定できない。
- (4) データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合は、当

可能である。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第2号）別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の7の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟7対1入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。

- (19) 「注5」に規定する点数を算定する場合は、退院支援を行う看護師及び社会福祉士が、退院支援計画に基づき実施した支援内容を全て診療録に記載すること。

A247 認知症ケア加算

- (1) 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。
- (2) 認知症ケア加算の算定対象となる患者は、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添6の別紙12参照）におけるランクⅢ以上に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。
- (3) 身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要な状況等を診療録等に記載すること。
- (4) 身体的拘束について
- ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
 - イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
 - ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
 - エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。
 - (イ) 実施の必要性等のアセスメント
 - (ロ) 患者家族への説明と同意
 - (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
 - (ニ) 二次的な身体障害の予防
 - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
- オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。
- (5) 認知症ケア加算1
- ア 認知症ケアに係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「認知症ケアチー

ム」 という。) が当該患者の状況を把握・評価するなど当該患者に関与し始めた日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。

イ 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。
- ② 当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を定期的に行う。身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。
- ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討し、円滑な退院支援となるよう取り組む。
- ④ ①から③までについて診療録等に記載する。

ウ 認知症ケアチームは、以下の取組を通じ、当該保険医療機関における認知症ケアの質の向上を図る必要がある。

- ① 認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンスを週1回程度開催し、症例等の検討を行う。カンファレンスには、病棟の看護師等が参加し、検討の内容に応じ、当該患者の診療を担う医師等が参加する。
- ② 週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症ケアの実施状況を把握し、病棟職員及び患者家族に対し助言等を行う。
- ③ 当該加算の算定対象となっていない患者に関するものを含め、患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要なアセスメント及び助言を実施する。
- ④ 認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的実施する。

(6) 認知症ケア加算2

ア 病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。

イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。

ウ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行うこと。

A248 精神疾患診療体制加算

(1) 精神疾患診療体制加算は、身体合併症を有する精神疾患患者の転院の受入れや、身体疾患や外傷のために救急搬送された患者であって、精神症状を伴う者の診療を行った場合を評価するものである。

(2) 精神疾患診療体制加算1は、他の保険医療機関の精神病棟に入院する精神疾患患者の身体合併症の入院治療のために、当該他の保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた場

合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

- (3) 特別の関係にある保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた患者については、精神疾患診療体制加算1を算定することはできない。
- (4) 精神疾患診療体制加算1を算定する患者の精神疾患に係る薬剤は、当該保険医療機関で処方する必要があること。やむを得ず他の保険医療機関が処方した持参薬を投与する場合は、入院後5日以内に限られること。この場合には、持参した薬剤名、規格、剤形等を確認し、診療録等に記載すること。
- (5) 精神疾患診療体制加算2は、当該保険医療機関の精神保健指定医若しくは精神科医又は当該保険医療機関の求めに応じた他の保険医療機関の精神保健指定医が、身体疾患や外傷に加え、精神症状等を有する患者であって、救急用の自動車等（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を診察した場合に、入院初日から3日以内に1回に限り算定すること。
- (6) (5)において、精神症状を有する患者とは、以下の場合をいうこと。
 - イ 過去6か月以内に精神科受診の既往がある患者
 - ロ 医師が、抑うつ、せん妄、躁状態等、精神状態の異常を認めた患者
 - ハ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者
- (7) 精神疾患診療体制加算2を算定した場合には、区分番号「A300」救命救急入院基本料の注2に規定する加算及び区分番号「I001」入院精神療法は算定できない。ただし、精神保健指定医又は精神科医による初回の診察の結果、継続して精神疾患の管理が必要と判断された場合には、入院した日から起算して4日目以降に限り、区分番号「I001」入院精神療法を算定することができる。

A249 精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

A250 薬剤総合評価調整加算

- (1) 薬剤総合評価調整加算は、複数の薬剤が投与されている患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、既に処方されている又は新たに処方する内服薬の有効性並びに安全性、当該患者の病状及び退院後の生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、薬効の重複する薬剤の減少及び合剤への転換等により、退院時に処方される内服薬が減少したことを評価したものである。
- (2) 「イ」については、入院中の患者であって、入院前に内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されていたものについて、退院時に処方される内服薬が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。ただし、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、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数からは除外する。

- (3) 「ロ」については、精神病床に入院中の患者であって、入院時又は退院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以上減少した場合に算定する。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、別紙36の2に示す係数を用い、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、クロルプロマジン換算で1,000mg以上減少した場合を含めることができる。
- (4) 当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
- (5) 「ロ」に規定する抗精神病薬の種類については、第2章第5部第2節(3)イにおける抗精神病薬の種類と同様の取扱いとする。
- (6) 算定に当たっては、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数(クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量)を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。医師は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、当該保険医療機関の薬剤師に必要な応じ照会を行う。また、当該保険医療機関の薬剤師は、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、必要な応じ医師に情報提供を行う。
- (8) 当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、区分番号「B008-2」薬剤総合評価調整管理料と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9) 当該保険医療機関で薬剤総合評価調整加算又は区分番号「B008-2」薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から、更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

エ シナカルセト塩酸塩の初回投与から3か月以内の患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月2回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、シナカルセト塩酸塩の初回投与から3か月以内の患者に対するPTH検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

オ 透析導入後5年以上経過した透析アミロイド症に対して、ダイアライザーの選択に当たり β_2 -マイクログロブリン除去効果の確認が必要な場合においては、その選択をした日の属する月を含めた3か月間に、 β_2 -マイクログロブリン検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

カ 高アルミニウム血症とヘモクロマトージスを合併した透析患者に対して、デフェロキサミンメシル酸塩を投与している期間中におけるアルミニウム (Al) の検査は、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

- (11) 慢性維持透析患者の検査の実施に当たっては、関係学会より標準的な検査項目及びその頻度が示されており、それらを踏まえ患者管理を適切に行うこと。

16 喘息治療管理料

- (1) 喘息治療管理料1は、保険医療機関が、ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等を患者に提供し、計画的な治療管理を行った場合に月1回に限り算定する。なお、当該ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等に係る費用は所定点数に含まれる。

なお、喘息治療管理料1において、「1日目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。

- (2) 喘息治療管理料2は、6歳未満又は65歳以上の喘息の患者であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を患者に提供し、服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。指導に当たっては、吸入補助器具の使用方法等について文書を用いた上で患者等に説明し、指導内容の要点を診療録に記載する。なお、この場合において、吸入補助器具に係る費用は所定点数に含まれる。

- (3) 喘息治療管理料を算定する場合、保険医療機関は、次の機械及び器具を備えていなければならない。ただし、これらの機械及び器具を備えた別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合には、その旨を患者に対して文書により説明する場合は、備えるべき機械及び器具はカ及びキで足りるものとする。

ア 酸素吸入設備

イ 気管内挿管又は気管切開の器具

ウ レスピレーター

エ 気道内分泌物吸引装置

オ 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態にあるもの）

カ スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態にあるもの）

キ 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態にあるもの）

- (4) ピークフローメーターによる治療管理の実施に当たっては、関係学会よりガイドライ

ンが示されているので、治療管理が適切になされるよう十分留意されたい。

- (5) 「注2」に規定する加算については、当該加算を算定する前1年間において、中等度以上の発作による当該保険医療機関への緊急外来受診回数が3回以上あり、在宅での療養中である20歳以上の重度喘息患者を対象とし、初回の所定点数を算定する月（暦月）から連続した6か月について、必要な治療管理を行った場合に月1回に限り算定すること。
- (6) 当該加算を算定する場合、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターを患者に提供するとともに、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターの適切な使用方法、日常の服薬方法及び増悪時の対応方法を含む治療計画を作成し、その指導内容を文書で交付すること。
- (7) 当該加算を算定する患者に対しては、ピークフロー値、一秒量等を毎日計測させ、その検査値について週に1度以上報告させるとともに、その検査値等に基づき、随時治療計画の見直しを行い、服薬方法及び増悪時の対応について指導すること。
- (8) 当該加算を算定する患者が重篤な喘息発作を起こすなど、緊急入院による治療が必要となった場合は、適切に対応すること。

17 慢性疼痛疾患管理料

- (1) 慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。
- (2) 区分番号「J118」介達牽引、区分番号「J118-2」矯正固定、区分番号「J118-3」変形機械矯正術、区分番号「J119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J119-3」低出力レーザー照射及び区分番号「J119-4」肛門処置の費用は所定点数に含まれるが、これらの処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

- (1) 小児悪性腫瘍患者指導管理料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (2) 第1回目の小児悪性腫瘍患者指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の1日以降又は当該保険医療機関から退院した日から起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (3) 治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (4) 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児悪性腫瘍患者指導管理料は算定できない。

19 削除

20 糖尿病合併症管理料

- (1) 糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回

B007-2 退院後訪問指導料

- (1) 退院後訪問指導料は、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関（以下この区分において「入院保険医療機関」という。）が退院直後において行う訪問指導を評価するものである。
- (2) 退院後訪問指導料は、入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患者、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。
- (3) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (4) 退院後訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (5) 「注2」に規定する訪問看護同行加算は、当該患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行して患者等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (6) 退院後訪問指導料を算定した場合は、同一の保険医療機関において、区分番号「I016」精神科重症患者早期集中支援管理料は算定できない。
- (7) 退院後訪問指導料を算定した日においては、区分番号「C013」在宅患者訪問褥瘡管理指導料は算定できない。
- (8) 退院後訪問指導料を算定した日においては、同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、「C000」往診料、「C001」在宅患者訪問診療料、「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、「I012」精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、退院後訪問指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

B008 薬剤管理指導料

- (1) 薬剤管理指導料は、当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に週1回に限り算定できる。

また、薬剤管理指導料の算定対象となる小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導等を行った場合であっても算定できる。

なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあっては、区分番号「F500」調剤技術基本料の「1」により算定する。

- (2) 薬剤管理指導料の「1」は、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗HIV薬が投薬又は注射されている患者に対して、これらの薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定する。なお、具体

的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。

- (3) 当該保険医療機関の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該医療機関及び可能な限り他の医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。
- (4) 薬剤管理指導料の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (5) 当該保険医療機関の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存する。

患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理指導の内容、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項

なお、薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合にあっては、上記の記載事項のうち、重複する項目については、別途記録の作成を要しない。また、薬剤管理指導記録に添付が必要な文書等を別途保存することは差し支えないが、この場合にあっては、薬剤管理指導記録と当該文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備すること。

- (6) 「注2」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (7) 薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア 緊急安全性情報、安全性速報

イ 医薬品・医療機器等安全性情報

- (8) 「注2」の麻薬管理指導加算の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。
 - ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）
 - イ 麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項
 - ウ その他麻薬に係る事項
- (9) 薬剤管理指導及び麻薬管理指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

B008-2 薬剤総合評価調整管理料

- (1) 薬剤総合評価調整管理料は、内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている入院中の患者以外の患者に対して、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該患者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。
- (2) 薬剤総合評価調整管理料は、当該保険医療機関で処方された内服薬の種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。ただし、他の保険医療機関から投薬を受けていた患者については、当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、区

分番号「A250」に掲げる薬剤総合評価調整加算と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (3) 連携管理加算は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方又は相互作用を有する処方等について、患者が受診する他の保険医療機関又は保険薬局に照会を行った場合及び当該他の保険医療機関等からの情報提供を受けて、処方内容の調整又は評価を行い、その結果について当該他の保険医療機関等に情報提供を行った場合に算定する。
- (4) 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、頓服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。
- (5) 当該管理料の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
- (6) 医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。
- (7) 当該保険医療機関で区分番号「A250」に掲げる薬剤総合評価調整加算又は薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合には、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

B009 診療情報提供料(I)

- (1) 診療情報提供料(I)は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。
- (2) 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
- (3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

ア イ及びウ以外の場合	別紙様式11
イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等	別紙様式12から別紙様式12の4まで
ウ 介護老人保健施設	別紙様式13
- (4) 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は算定できない。
- (5) A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、診療情報提供料(I)は算定できる。
- (6) (5)の場合において、B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合には、B保険医療機関においては、診療情報提供料(I)、初診料、検査料、画像診断

一建物居住者訪問看護・指導料の(4)に掲げる疾病等の患者について、2つの訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付する場合には、それぞれの訪問看護指示書に、他の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付している旨及び当該他の訪問看護ステーションの名称を記載すること。

- (9) 「注3」に規定する衛生材料等提供加算は、在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された訪問看護計画書及び訪問看護報告書を基に、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。
- (10) 「C002」在宅時医学総合管理料、「C002-2」施設入居時等医学総合管理料、「C003」在宅がん医療総合診療料、「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料を算定した場合は、「注3」の加算は当該管理料等に含まれ別に算定できない。

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料

- (1) 介護職員等喀痰吸引等指示料は、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、特定施設入居者生活介護等の指定居宅サービス事業者その他別に厚生労働大臣が定めるものによる社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して、別紙様式34を参考に作成した介護職員等喀痰吸引等指示書に有効期限（6月以内に限る。）を記載して交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) たんの吸引等が必要な児童生徒等が受診した場合、主治医が円滑に当該指示書を交付できるように、都道府県教育委員会等は登録特定行為事業者に関する公示内容を確認し、都道府県医師会に登録特定行為事業者たる学校についての情報提供を行い、協力すること。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。
ただし、薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く。）又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「2」は、同一建物居住者であるものに対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (3) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「1」と「2」を合わせて1月に4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師1人につき週40回に限るものとする。ただし、月2回以上算定する場合にあつては、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

(4) 当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存すること。

- ア 患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
- イ 患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
- ウ 薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）
- エ 患者への指導及び患者からの相談の要点
- オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
- カ その他の事項

(5) 「注2」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

(6) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(4)の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。

- ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）
- イ 麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
- ウ 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項
- エ その他麻薬に係る事項

(7) 「注3」に規定する交通費は実費とする。

(8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

- ア 緊急安全性情報、安全性速報
- イ 医薬品・医療機器等安全性情報

(9) 同居する同一世帯の複数の患者に在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する場合など、同一の患家において2人以上の患者を指導した場合には、(2)の規定にかかわらず、1人目は「1 同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降は「2 同一建物居住者の場合」を算定する。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

(1) 在宅患者訪問栄養食事指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、医師が当該患者に特掲診療料の施設基準等に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合又は次のいずれかに該当するものとして医師が栄養管理の必要性を認めた場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が

- (2) 在宅酸素療法材料加算2は、区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料の「2」を算定する患者に対し、保険医療機関から在宅酸素療法装置が提供される場合に、3月に3回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。

C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

在宅持続陽圧呼吸療法材料加算には、区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する患者に対し、保険医療機関が貸与する持続陽圧呼吸療法装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれ、3月に3回に限り算定できる。

第3節 薬剤料

C200 薬剤

- (1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンI₂製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アボモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤及び脂肪乳剤

- (2) 上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア 投与日数に制限のないもの

イ及びウに該当しない注射薬

イ 14日分を限度に投与することができるもの

(イ) 新医薬品（医薬品医療機器法第14条の4第1項第一号に規定する新医薬品をいう。）であつて、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して1年を経過していない注射薬

(ロ) 複方オキシコドン製剤

ウ 30日分を限度に投与することができるもの

ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤

(3) 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいう。なお、高カロリー輸液を投与する場合には、これ以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

(4) 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

(5) 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

(6) 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた薬剤（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定する。なお、この場合にあつては、当該薬剤が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、区分番号「A000」初診料の算定のみの場合にあつては、当該薬剤料の費用は算定できない。

第4節 特定保険医療材料料

C300 特定保険医療材料

初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた特定保険医療材料（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定する。なお、この場合にあつては、当該特定保険医療材料が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第5部 投薬

<通則>

- 1 投薬の費用は、第1節調剤料、第2節処方料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第6節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方せんを交付した場合は第5節処方せん料に掲げる所定点数のみを算定する。
なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。
- 2 別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。
- 3 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費負担を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。
- 4 患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。
- 5 保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。
- 6 入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。
- 7 外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。
- 8 被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

第1節 調剤料

F000 調剤料

- (1) 入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「1」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。
- (2) トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の1日量6錠3日分は、18錠分を1調剤の薬剤料として算定する。
- (3) 外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。
- (4) 「注1」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は1処方につき1点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は1日につき1点を所定点数に

加算する。なお、コデインリン酸塩散1%のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。

(5) 「注1」にいう麻薬、向精神薬、覚せい剤原料及び毒薬は次のとおりである。

ア 毒薬とは医薬品医療機器法第44条第1項の規定（同施行規則第204条、別表第3）による毒薬をいう。

イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号の規定（同法別表第3）による向精神薬をいう。

(6) 「注2」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

(7) 「注3」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。

第2節 処方料

F100 処方料

(1) 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。

(2) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。

(3) 「1」について

ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を3種類若しくは抗精神病薬を3種類投与する場合であって(ニ)に該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

なお、「臨時の投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(ニ)を満たすことをいう。

(イ) 精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受

診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること。

(ロ) 向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間。(年2回までとする。)この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。

(ハ) 臨時に投与した場合。(臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。)なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

① 臨床経験を5年以上有する医師であること。

② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。

③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10(平成21年総務省告示第176号(統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件)の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう)においてF0からF9までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。

④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。

ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。なお、平成28年7月の報告については、平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を平成28年度診療報酬改定前の別紙様式40を用いて報告することで代替しても差し支えない。

(4) 「2」において、処方料における内服薬の種類については、区分番号「F200」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の

投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

(5) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、区分番号「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。

(6) 「注2」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、1処方につき1点を所定点数に加算する。

(7) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注4」による乳幼児加算を算定することができる。

(8) 特定疾患処方管理加算

ア 特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 処方期間が28日以上の場合、月1回に限り1処方につき65点を加算する。なお、同一暦月に区分番号「F100」処方料と区分番号「F400」処方せん料を算定する場合にあっては、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方せん料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。

エ イに該当する場合以外の場合には、月2回に限り1処方につき18点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて2回を限度とする。

オ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

カ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

キ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

(9) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア 「注7」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ 同一暦月に区分番号「F100」処方料と区分番号「F400」処方せん料を算定する場合にあっては、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方せん料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

- (10) 「注8」については、区分番号「A000」初診料の「注2」又は「注3」、区分番号「A002」外来診療料の「注2」又は「注3」を算定する保険医療機関において、以下のアからコまでに定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
- ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合
 - イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合
 - ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合
 - エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合
 - オ 薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合
 - カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合
 - キ 薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合
 - ク 薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合
 - ケ 薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合
 - コ アからケまでの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケまでに該当する疾患に対して用いた場合
- (11) 「注9」については、区分番号「F000」調剤料の(6)に準じるものとする。
- (12) 「注10」については、区分番号「F000」調剤料の(7)に準じるものとする。
- (13) 「注11」に規定する外来後発医薬品使用体制加算は、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採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、診療所においてのみ算定する。
- (14) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険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を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が60%以上又は70%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき3点又は4点を所定点数に加算する。

第3節 薬剤料

F200 薬剤

- (1) 「注2」については、区分番号「F100」処方料の(3)に準じるものとする。
- (2) 「注2」の算定は、外来の場合に限る。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。
- (3) 1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数が同じであるものについては、次の場合を除き1剤として算定する。
- ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

- イ 固形剤と内用液剤の場合
 - ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合
- (4) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）をいう。
- (5) 特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。また、入院期間の算定は第1章第2部入院料等の通則の例に準じる。
- (6) 「注3」の多剤投与の場合の算定
- ア 「注3」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。
 - (イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
 - (ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
 - (ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。
 - （ニ） 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。
- イ 「注3」の「所定点数」とは、1処方の中の全ての内服薬の薬剤料をいう。
- ウ 「注3」の算定は、常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。
- エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。
- オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。
- (7) 「注4」については、区分番号「F100」処方料の(10)に準じるものとする。
- (8) ビタミン剤
- ア 「注5」に規定するビタミン剤とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。
 - イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。
 - (イ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、

悪性貧血のビタミンB₁₂の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかでない場合)

- (ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合
 - (ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合
 - (ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合
 - (ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合
- ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。
- (9) 「注7」については、区分番号「F000」調剤料の(6)に準じるものとする。
 - (10) 「注8」については、区分番号「F000」調剤料の(7)に準じるものとする。

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

- (1) 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。
- (2) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められている様式の完備した処方せん（院外処方せん）を交付した場合に限り算定し、その処方せんに処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、1回として算定する。
- (3) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方せんを交付した場合は、1回として算定する。
- (4) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方せん料を算定することができる。
- (5) 「1」については、区分番号「F100」処方料の(3)に準じるものとする。
- (6) 「2」において、処方せん料における内服薬の種類については、区分番号「F200」

薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

- (7) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合には、処方せんの備考欄にその必要性を記載する。

その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについては区分番号「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。

- (8) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。

- (9) 「注2」については、区分番号「F100」処方料の(10)に準じるものとする。

- (10) 乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は区分番号「F100」処方料の(7)、(8)又は(9)に準じるものとする。

- (11) 「注7」に規定する一般名処方加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方せんで交付した場合に限り算定できるものであり、交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

- (12) 「注8」については、区分番号「F000」調剤料の(6)に準じるものとする。

- (13) 「注9」については、区分番号「F000」調剤料の(7)に準じるものとする。

- (14) 訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録に貼付する。なお、地方厚生（支）局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限られる。

第6節 調剤技術基本料

F500 調剤技術基本料

- (1) 調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者1人につき、月1回に限り算定する。
- (2) 同一医療機関において同一月内に処方せんの交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。
- (3) 同一月に区分番号「B008」薬剤管理指導料又は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。

(4) 院内製剤加算

ア 「注3」の院内製剤加算は、薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

(イ) 調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合

(ロ) 散剤を調剤した場合

(ハ) 液剤を調剤する場合であって、薬事承認の内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合

(ニ) 1種類のみを水に溶解して液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合を除く。）

イ 上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合を除く。

(イ) 同一剤形の2種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）

(ロ) 安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合

(ハ) 調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合

ウ ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

(5) 「注5」については、区分番号「F000」調剤料の(6)に準じるものとする。

(6) 「注6」については、区分番号「F000」調剤料の(7)に準じるものとする。

第6部 注射

<通則>

- 1 注射に係る費用は、第1節注射料、第2節薬剤料及び第3節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。
- 2 生物学的製剤注射加算
 - (1) 「通則3」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキソイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。
 - ア ㊦ 乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
 - イ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来）
 - ウ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）
 - エ 肺炎球菌ワクチン
 - オ 髄膜炎菌ワクチン
 - カ 沈降破傷風トキソイド
 - キ ㊦ ガスエソウマ抗毒素
 - ク 乾燥ガスエソウマ抗毒素
 - ゲ ㊦ 乾燥ジフテリアウマ抗毒素
 - コ ㊦ 乾燥破傷風ウマ抗毒素
 - サ ㊦ 乾燥はぶウマ抗毒素
 - シ ㊦ 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
 - ス ㊦ 乾燥まむしウマ抗毒素
 - (2) 区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則3」の加算を算定できる。
- 3 精密持続点滴注射加算
 - (1) 「通則4」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて1時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。
 - (2) 1歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があつて注入した場合に限り算定する。
 - (3) 区分番号「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。
 - (4) 区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。
- 4 外来化学療法加算
 - (1) 「通則6」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に、投与された薬剤に従い、いずれかの主たる加算の所定点数を算定する。同一日に外来化学療法加算Aと外来化学療法

加算Bは併せて算定できない。

- (2) 外来化学療法加算1を届出た保険医療機関において外来化学療法加算1を算定するに当たり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算1及び2は算定できない。
 - (3) 外来化学療法加算Aは、薬効分類上の腫瘍用薬を、区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射以外により投与した場合に算定する。なお、この場合において、引き続き薬効分類上の腫瘍用薬を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。
 - (4) 外来化学療法加算Bは、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。なお、この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。
 - ア 関節リウマチ、クローン病、ベーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合
 - イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合
 - ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合
 - エ 多発性硬化症の患者に対してナタリズマブ製剤を投与した場合
- 5 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則3」、「通則4」及び「通則5」の加算は算定できない。なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第2節薬剤料は算定せず、第1節注射料及び第3節特定保険医療材料のみ算定する。
 - 6 心臓内注射及び痔核注射等の第1節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第2節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔注入、前房注射、副鼻腔注入及び気管支カテーテル薬液注入法については、第2章第9部処置に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第2章第5部投薬の区分番号「F200」薬剤の(4)、(5)及び(7)の例による。
 - 7 区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。
 - 8 区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
 - 9 人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

第1節 注射料

01」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料及び手技料は別に算定できる。

G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入

- (1) 本カテーテルの材料及び手技料は1週間に1回を限度として算定できる。
- (2) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射

- (1) 植込型カテーテルにより中心静脈栄養を行った場合は、本区分により算定する。
- (2) 植込型カテーテルによる中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(I)若しくは入院時食事療養(II)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(II)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。
- (3) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

G009 脳脊髄腔注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は脳脊髄腔注射のいずれかの所定点数を算定する。

G010 関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

G012 結膜下注射

- (1) 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。
- (2) 結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則5」の加算は算定できない。

G012-2 自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

G016 硝子体内注射

両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

G017 腋窩多汗症注射（片側につき）

同一側の2箇所以上に注射を行った場合においても、1回のみの算定とする。

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

- (1) 無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整

備し、保管しておくこと。

- (2) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。

- (3) 無菌製剤処理料1のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する。

閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を(1)に基づき記録すること。

- (4) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

第2節 薬剤料

G100 薬剤

アレルギー治療エキス及びアレルギーハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長

「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について

調剤報酬点数表における後発医薬品調剤体制加算をはじめとする診療報酬上の加算等の算定対象となる後発医薬品（以下「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」という。）については、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号。以下「旧通知」という。）により周知するとともに、その一覧を当省のホームページに掲載し、薬価基準に医薬品を収載する際に該当するものがあつた場合に、その一覧を更新している。

また、後発医薬品の数量シェア（置換え率）の算出で用いられる「後発医薬品のある先発医薬品」に係る情報についても、当省のホームページに掲載しているところである。

平成 28 年度薬価改定を踏まえ、平成 28 年 4 月 1 日以降の診療報酬における加算等の算定対象については、下記のとおり取り扱うこととするので、保険医療機関、保険薬局、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

なお、旧通知は、平成 28 年 3 月 31 日限り廃止する。

また、本リストについては、当省ホームページにて掲載する予定である旨申し添える。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000078916.html>

記

1. 診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品については、別紙 1 のとおりとし、別紙 2 に示す後発医薬品については、平成 28 年度薬価改定において、その薬価が先発医薬品の薬価よりも高くなっている又は先発医薬品の薬価と同額となっているため、平成 28 年 4 月 1 日以降は、診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品から除外する（診療報酬における加算等の算定対象とならない後発医薬品として取り扱う）こととする。

2. 診療報酬において加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」については、別紙3のとおりとし、別紙4に示す「後発医薬品のある先発医薬品」については、平成28年度薬価改定において、その薬価が後発医薬品の薬価よりも低くなっている又は後発医薬品の薬価と同額となっているため、平成28年4月1日以降は、診療報酬における加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」から除外する（診療報酬における加算等の算定対象とならない「後発医薬品のある先発医薬品」として取り扱う）こととする。

