

## 個別改定項目について

### I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

#### I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ① 入退院支援の推進 ..... 9
- ② 在宅復帰率の見直し ..... 14
- ③ 歯科医療機関連携加算の対象拡大 ..... 20
- ④ 診療情報の共有に対する評価の新設 ..... 21
- ⑤ 地域包括診療料等における院外処方に係る服薬管理等の取扱いの  
明確化 ..... 23
- ⑥ 関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し ..... 24
- ⑦ 退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価 ..... 28
- ⑧ 入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携 ..... 29
- ⑨ 特別の関係、入退院時の連携強化 ..... 30
- ⑩ 障害福祉サービスの相談支援専門員との連携 ..... 32
- ⑪ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し ..... 36
- ⑫ 救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し ..... 41
- ⑬ 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での  
運用の支援 ..... 44
- ⑭ 周術期口腔機能管理の推進 ..... 48
- ⑮ 介護医療院の創設に伴う対応 ..... 56

#### I-2 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能 の評価

- ① 地域包括診療料等の見直し ..... 59
- ② 小児かかりつけ診療料の見直し ..... 67
- ③ 小児科療養指導料の見直し ..... 69
- ④ 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し ..... 71
- ⑤ かかりつけ歯科医の機能の評価 ..... 73
- ⑥ かかりつけ薬剤師の評価 ..... 77
- ⑦ 地域医療に貢献する薬局の評価 ..... 79

#### I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ① 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し ..... 83

②	重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し	89
③	療養病棟入院基本料の評価体系の見直し	100
④	医療区分の適正化	105
⑤	在宅復帰機能強化加算	107
⑥	療養病棟における夜間看護体制の充実	108
⑦	高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進	109
⑧	医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和	114
⑨	結核病棟のユニットに係る見直し	117
⑩	地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し	118
⑪	有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での運用の支援	119
⑫	回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し	120
⑬	診療実績データの提出への評価	125
⑭	特定集中治療室管理料等の見直し	129
⑮	短期滞在手術等基本料の見直し	133
⑯	DPC制度（DPC/PDPS）の見直し	137
⑰	入院中の患者に対する褥瘡対策	145
⑱	看護補助者の配置に係る加算の見直し	149

#### **I - 4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進**

①	大病院の外来機能の分化の推進	150
②	病床数要件の見直し	153
③	かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価	157
④	<b>未妥結減算の見直し</b>	158
⑤	生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し	163
⑥	糖尿病の透析予防の推進	164

#### **I - 5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保**

①	複数医療機関が行う訪問診療の評価	165
②	在支診以外の診療所による訪問診療の提供に係る評価	166
③	併設する介護施設等への訪問診療の整理	167
④	患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価	168
⑤	適切な往診の推進と看取り期の患者に対する往診の評価	177
⑥	入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携	179

⑦	訪問看護ステーションと関係機関の連携強化	182
⑧	喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進	184
⑨	地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価	186
⑩	複数の実施主体による訪問看護の連携強化	188
⑪	機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し	192
⑫	24時間対応体制の評価の見直し	194
⑬	理学療法士等の訪問看護の適正化	196
⑭	複数名による訪問看護の見直し	197
⑮	精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）の廃止	202
⑯	精神障害を有する者への重点的支援	203
⑰	医療的ケアが必要な児への対応の評価	206
⑱	過疎地域等の訪問看護の充実	208
⑲	連携する医師による訪問看護指示の見直し	211
⑳	在宅歯科医療の推進等	213
㉑	訪問指導料における居住場所に応じた評価	228
㉒	効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進	231

#### **I－6 国民の希望に応じた看取りの推進**

①	患者の希望に応じた看取りの推進	233
②	治療方針に関する意思決定支援体制の評価	238
③	訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化	239
④	在宅療養中のがん末期の患者に行う酸素療法の評価	240
⑤	特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアの評価の見直し	241

#### **I－7 リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進**

①	疾患別リハビリテーションにおける算定日数上限の除外対象患者の追加	245
②	回復期リハビリテーション病棟における専従要件の見直し	247
③	維持期・生活期リハビリテーションの介護保険への移行	248
④	医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し	251

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

Ⅱ－１ 重点的な対応が求められる医療分野の充実

Ⅱ－１－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

- ① 緩和ケア病棟入院料の見直し ..... 254
- ② 緩和ケア診療加算等の要件の見直し ..... 256
- ③ 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化 ..... 259
- ④ 在宅療養中のがん末期の患者に対する診療の充実 ..... 260
- ⑤ がんゲノム医療中核拠点病院の評価 ..... 262
- ⑥ 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進 ..... 264
- ⑦ がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実 ..... 265

Ⅱ－１－２ 認知症の者に対する適切な医療の評価

- ① 重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し ..... 267
- ② 地域包括ケア病棟における夜間看護職員体制の充実 ..... 268
- ③ 認知症治療病棟に係る評価の見直し ..... 269
- ④ 連携型認知症疾患医療センター等の評価 ..... 272

Ⅱ－１－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- ① 精神科措置入院退院支援加算の新設 ..... 276
- ② 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価 ..... 277
- ③ 精神疾患患者に対する訪問支援の充実 ..... 280
- ④ 精神障害を有する者への重点的支援 ..... 286
- ⑤ 発達障害に対する診療の評価 ..... 287
- ⑥ 認知行動療法の評価の見直し ..... 289
- ⑦ 精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し . 292
- ⑧ 精神科救急入院料の算定要件の見直し ..... 295
- ⑨ 精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実 ..... 300
- ⑩ 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外  
..... 302
- ⑪ 公認心理師の評価 ..... 304

Ⅱ－１－４ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ① 難病患者に対する適切な医療の評価 ..... 305
- ② 難病患者に対する情報通信機器を活用した医学管理の評価 ... 307

## II-1-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ① 小児入院医療管理料の包括範囲の見直し ..... 308
- ② 小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児特定集中治療室管理料の対象年齢の延長 ..... 309
- ③ 小児に対する退院支援の充実 ..... 310
- ④ かかりつけ医と連携した小児の運動器疾患に対する医学的管理の評価 ..... 311
- ⑤ 外来における妊婦加算の新設 ..... 312
- ⑥ 精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価 ..... 316
- ⑦ 夜間救急における外来看護体制の充実 ..... 319
- ⑧ 小規模病院における夜間救急外来対応 ..... 320
- ⑨ 救命救急入院料における充実段階評価の見直し ..... 322

## II-1-6 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進

- ① 感染防止対策加算の要件の見直し ..... 324
- ② 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進 ..... 327
- ③ 医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設 ..... 329

## II-1-7 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- ① 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進 ..... 331
- ② 歯科外来診療環境体制加算の見直し ..... 335
- ③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 ..... 339
- ④ 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実 ..... 341
- ⑤ 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者の見直し ..... 345
- ⑥ 歯科固有の技術の評価の見直し等 ..... 347
- ⑦ 特定薬剤料等の算定方法の見直し ..... 366

## II-1-8 薬剤師・薬局による対人業務の評価

- ① 薬局における対人業務の評価の充実 ..... 368

## II-2 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやICT等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入

- ① 質の高い臨床検査の適切な評価 ..... 374
- ② 麻酔科の診療に係る評価の見直し ..... 377



- ③ 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進 ..... 381
- ④ デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し ..... 382
- ⑤ 移植医療の評価の充実 ..... 386
- ⑥ 性別適合手術の保険適用 ..... 390
- ⑦ 手術等医療技術の適切な評価 ..... 391
- ⑧ オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設 ..... 395
- ⑨ 電話等再診の見直し ..... 400
- ⑩ 在宅患者持続陽圧呼吸療法遠隔モニタリング加算の新設 ..... 401
- ⑪ 在宅患者酸素療法指導料遠隔モニタリング加算の新設 ..... 403
- ⑫ ICTを利用した死亡診断における連携 ..... 405

### II-3 データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進

- ① データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進 ..... 407

### II-4 明細書無料発行の推進

- ① 明細書無料発行の推進 ..... 408

## III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

### III-1 チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善

- ① 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進 ..... 409
- ② 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和 ..... 418
- ③ 常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の特例 ..... 422
- ④ 救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和 ..... 423
- ⑤ ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和 ..... 425
- ⑥ 看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進 ..... 428
- ⑦ 専従要件の緩和 ..... 433
- ⑧ 地域包括診療料等の見直し ..... 437
- ⑨ 小児科療養指導料の見直し ..... 438
- ⑩ 情報通信技術（ICT）を活用した関係機関連携の推進 ..... 439
- ⑪ 麻酔科の診療に係る評価の見直し ..... 443

### III-2 業務の効率化・合理化

- ① 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進 ..... 444

<b>Ⅲ－３</b>	<b>ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入</b>	
①	ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入	446
<b>Ⅲ－４</b>	<b>地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化</b>	
①	地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化	447
<b>Ⅲ－５</b>	<b>外来医療の機能分化</b>	
①	外来医療の機能分化	448
<b>IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化</b>		
<b>IV－１</b>	<b>薬価制度の抜本改革の推進</b>	
①	薬価調査が適切に実施される環境の整備	449
<b>IV－２</b>	<b>後発医薬品の使用促進</b>	
①	薬局における後発医薬品の使用促進	450
②	後発医薬品使用体制加算の見直し	452
③	一般名処方加算の見直し	455
④	DPC対象病院における後発医薬品の使用促進	456
<b>IV－３</b>	<b>医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)</b>	
①	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	457
<b>IV－４</b>	<b>外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)</b>	
①	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進	458
<b>IV－６</b>	<b>医薬品の適正使用の推進</b>	
①	入院中等の減薬の取組みの評価	459
②	向精神薬処方の適正化	461
③	抗菌薬の適正使用	463
④	処方料等及び処方箋様式の見直し	464
⑤	多剤投薬の適正化の推進	469
<b>IV－７</b>	<b>備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進</b>	
①	いわゆる門前薬局の評価の見直し	470
<b>IV－８</b>	<b>医薬品、医療機器、検査等の適正な評価</b>	
①	実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化	477
②	実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価	480
③	透析医療に係る診療報酬の見直し	481

④	ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の処方に係る要件の見直し.....	491
⑤	入院時食事療養費（Ⅱ）の見直し .....	492



## ① 入退院支援の推進

骨子< I-1 (1) >

### 第1 基本的な考え方

住み慣れた地域で継続して生活できるよう、患者の状態に応じた支援体制や地域との連携、外来部門と入院部門（病棟）との連携等を推進する観点から評価を充実する。

### 第2 具体的な内容

1. 現行の退院支援加算は、入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
2. 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療を受けられるような、より優しく丁寧な医療を推進する観点から、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

(新) 入院時支援加算 200点（退院時1回）

#### [算定対象]

- (1) 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

#### [施設基準]

- (1) 入退院支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置すること。

と。

(3) 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[留意事項]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有すること。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ 栄養状態の評価
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

3. 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、虐待や生活困窮等により入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現 行	改定案
<p>【退院支援加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>退院困難な要因</p> <p>ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること。</p> <p>イ 緊急入院であること</p> <p>ウ 要介護認定が未申請であること</p>	<p>【入退院支援加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>退院困難な要因</p> <p>ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること。</p> <p>イ 緊急入院であること</p> <p>ウ 要介護認定が未申請であること</p> <p><u>エ 虐待を受けている又はその疑いがあること</u></p> <p><u>オ 医療保険未加入者又は生活困</u></p>

<p>エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）</p> <p>オ 排泄に介助を要すること</p> <p>カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと</p> <p>キ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと</p> <p>ク 入退院を繰り返していること</p> <p>ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合</p>	<p><u>窮者であること</u></p> <p>カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）</p> <p>キ 排泄に介助を要すること</p> <p>ク 同居者の有無に関わらず、必要な介護<u>又は養育</u>を十分に提供できる状況にないこと</p> <p>ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと</p> <p>コ 入退院を繰り返していること</p> <p>サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合</p>
---	--

4. 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟の場合は緩和する。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【退院支援加算1】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(5) 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「イ 一般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0.15を乗じた数と「ロ 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</p>	<p>【入退院支援加算1】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(5) 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数が、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。<u>ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床を除く。</u>）に0.15を乗じた数と「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分</p>

<p>回ること。</p>	<p>番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。)に0.05を乗じた数と「口 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等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。</p>
--------------	---

(新) 小児加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

入退院支援加算1又は入退院支援加算2を算定する15歳未満の患者

5. 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。

現 行	改定案
<p>【地域連携診療計画加算(退院支援加算の注加算)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院支援加算1又は退院支援加</p>	<p>【地域連携診療計画加算(入退院支援加算の注加算)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該保険医療機関において入退院支援加算の届出を行っている病棟に入院している患者について、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</p> <p>[施設基準]</p> <p>入退院支援加算に係る施設基準</p>

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。

の届出を行っている保険医療機関であること。

## ⑥ 関係機関の連携強化に向けた

### 退院時共同指導料の見直し

骨子< I-1 (6) >

#### 第1 基本的な考え方

入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。また、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、算定対象を見直す。

#### 第2 具体的な内容

1. 退院時共同指導において、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。

現 行	改定案
<p>【退院時共同指導料1】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合</p>	<p>【退院時共同指導料1】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等、<u>薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士</u>が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、<u>看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士</u></p>



に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

【退院時共同指導料2】

[算定要件]

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

【退院時共同指導料2】

[算定要件]

注1 入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定

<p>(新設)</p>	<p>できる。</p> <p>[包括範囲]</p> <p>B006-3 退院時リハビリテーション指導料（理学療法士等が行った場合に限る。）</p> <p>B014 退院時薬剤情報管理指導料（薬剤師が行った場合に限る。）</p>
-------------	---

2. 退院時共同指導料2のうち、入院医療機関と在宅療養を担う3者以上の関係機関とが共同指導を行った場合の評価について、入院医療機関側の看護職員が共同指導を行った場合も評価対象とする。

現 行	改定案
<p>【退院時共同指導料2】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。</p>	<p>【退院時共同指導料2】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。</p>

3. 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退

院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【退院時共同指導料 2】 [算定要件]</p> <p>注4 注1の規定にかかわらず、区分番号 A 2 4 6 に掲げる退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。</p>	<p>【退院時共同指導料 2】 [算定要件]</p> <p>注4 注1の規定にかかわらず、区分番号 A 2 4 6 に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。</p>

## ① 地域包括診療料等の見直し

骨子< I-2 (1)、IV-6 (1)>

### 第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能をより一層推進する観点から、地域包括診療加算について在宅患者に対する24時間の対応等に係る施設基準の緩和等を行うとともに、地域包括診療料等の要件である患者の受診医療機関や処方薬の把握について看護師等が実施可能であることを明確化する。また、かかりつけ医と入院医療機関等が連携して行う医薬品の適正使用に係る取組について評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

1. 施設基準において、以下のように見直す。
  - (1) 地域包括診療加算において、在宅患者に対する24時間対応に関する要件について、明確化・緩和する。
  - (2) 医師配置に関する要件について、常勤2名から、常勤1名と非常勤医師の組み合わせでもよいこととする。
  - (3) 外来医療中心の医療機関において、外来診療から訪問診療に移行した患者に在宅医療を提供しているとの実績を有する医療機関の評価を充実する。

現 行		改定案	
【地域包括診療料】		【地域包括診療料】	
【認知症地域包括診療料】		【認知症地域包括診療料】	
【地域包括診療加算】		【地域包括診療加算】	
【認知症地域包括診療加算】		【認知症地域包括診療加算】	
地域包括診療料	1,503点	地域包括診療料 1	1,560点
		地域包括診療料 2	1,503点

認知症地域包括診療料	1,515点	<u>認知症地域包括診療料 1</u>	<u>1,580点</u>
		<u>認知症地域包括診療料 2</u>	<u>1,515点</u>
地域包括診療加算	20点	<u>地域包括診療加算 1</u>	<u>25点</u>
		<u>地域包括診療加算 2</u>	<u>18点</u>
認知症地域包括診療加算	30点	<u>認知症地域包括診療加算 1</u>	<u>35点</u>
		<u>認知症地域包括診療加算 2</u>	<u>28点</u>
[施設基準] (地域包括診療料)		[施設基準] ( <u>地域包括診療料 1</u> )	
在宅医療の提供及び当該患者に 対し24時間の対応を実施している 旨を院内掲示し、以下の全てを満た していること。		(1) 以下の全てを満たしていること。	
ア 診療所の場合		ア 診療所の場合	
(イ) 時間外対応加算 1 の届出 を行っていること。		(イ) 時間外対応加算 1 の届出 を行っていること。	
(ロ) 常勤の医師が 2 名以上配 置されていること。		(ロ) <u>常勤換算 2 名以上の医師 が配置されており、うち 1 名以 上が常勤の医師であること。</u>	
(ハ) 在宅療養支援診療所であ ること。		(ハ) 在宅療養支援診療所であ ること。	
イ 病院の場合		イ 病院の場合	
(イ) 地域包括ケア病棟入院料 の届出を行っていること。		(イ) 地域包括ケア病棟入院料 の届出を行っていること。	
(ロ) 在宅療養支援病院の届出 を行っていること。		(ロ) 在宅療養支援病院の届出 を行っていること。	
<u>(新設)</u>		<u>(2) 以下の全てを満たしていること。</u>	
		<u>ア 訪問診療を提供した患者のう ち、当該医療機関での外来診療 を経て訪問診療に移行した患者 数が10人以上であること。</u>	
		<u>イ 直近 1 ヶ月に初診、再診、往</u>	

<p>(略)</p> <p>(地域包括診療加算)</p> <p>(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。</p> <p>(2) 以下のいずれかを満たしていること。</p> <p>ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。</p> <p>イ 常勤の医師が 2 名以上配置されていること。</p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。</u></p> <p>(略)</p> <p><u>(地域包括診療料 2)</u></p> <p><u>地域包括診療料 1 の(1)の要件を満たしていること。</u></p> <p><u>(地域包括診療加算 1)</u></p> <p>(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の<u>往診等の体制を確保していること。</u>(在宅療養支援診療所以外の医療機関については、<u>連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)</u></p> <p>(2) 以下のいずれかを満たしていること。</p> <p>ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。</p> <p>イ <u>常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。</u></p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</p> <p><u>(3) 以下の全てを満たしていること。</u></p> <p><u>ア 訪問診療を提供した患者のうち、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が、在宅療養支援診療所について</u></p>
--	--



<p>(略)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>は10人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所について3人以上であること。</u></p> <p><u>イ 直近1ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。</u></p> <p>(略)</p> <p><u>(地域包括診療加算2)</u></p> <p><u>(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の連絡体制を確保していること。</u></p> <p><u>(2) 以下のいずれかを満たしていること。</u></p> <p><u>ア 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。</u></p> <p><u>イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。</u></p> <p><u>ウ 在宅療養支援診療所であること。</u></p> <p>(略)</p>
-------------------------------	---

2. 患者の受診医療機関や処方されている医薬品の把握について、医師の指示を受けた看護師等が実施可能であることを明確化する。また、一定の受診歴を有する患者について、同意に係る手続きを簡略化する。

現 行	改定案
<p>【地域包括診療料】</p> <p>【認知症地域包括診療料】</p>	<p>【地域包括診療料】</p> <p>【認知症地域包括診療料】</p>

【地域包括診療加算】

【認知症地域包括診療加算】

[算定要件]

(中略)

(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。

(4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(中略)

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。

ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

(中略)

(ハ) 病院において院外処方

【地域包括診療加算】

【認知症地域包括診療加算】

[算定要件]

(中略)

(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。

(4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(中略)

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、医師の指示を受けた看護師等が情報の把握等を行うことも可能であること。

ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

(中略)

(ハ) 病院において院外処方

を行う場合は、以下の通りとする。

(中略)

- ② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

(中略)

- (二) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼

を行う場合は、以下の通りとする。

(中略)

- ② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

(中略)

- (二) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は当該患者の院外処方を担当する保

<p>付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。</p> <p>(中略)</p> <p>(9) 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。</p> <p>(略)</p>	<p><u>保険薬局から文書で情報提供を受けること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。</u></p> <p>(中略)</p> <p>(9) 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。<u>ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、省略することができる。この場合でも、他医療機関受診前の事前相談の必要等について、文書で患者（認知症を有する患者については家族等）に周知すること。</u></p> <p>(略)</p>
--	---

3. 地域包括診療料等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合について、評価を新設する。

<p>(新) 地域包括診療料・認知症地域包括診療料 地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算 薬剤適正使用連携加算</p>	<p>30点</p>
---	------------

(退院又は退所の日を含む月の翌月までに1回)

[算定要件]

以下の全ての要件を満たした場合に算定可能

- ア 地域包括診療料等を算定する患者が、入院・入所に際して処方内容を調整するに当たり、患者の同意を得て、入院・入所先の医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること（情報提供の手段は問わない）。
- イ 入院・入所先の医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応した上でその照会内容及び対応について診療録に記録すること。
- ウ 入院・入所先の医療機関等において減薬しており、減薬後の処方内容について、退院・退所後1ヶ月以内に当該医療機関等から情報提供を受けていること（情報提供の手段は問わない）。

## ④ 未妥結減算の見直し

骨子< I-4 (4) >

### 第1 基本的な考え方

薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、「流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

### 第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
【初診料】	【初診料】



注4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

[施設基準]

（新設）

【再診料】

注2 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、53点を算定する

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

[施設基準]

次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

(1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。

(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。

【再診料】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、53点を算定する

<p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] <u>次のいずれかに該当する保険医療機関であること。</u></p> <p><u>(1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。</u></p> <p><u>(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。</u></p>
<p><b>【外来診療料】</b></p> <p>注4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。</p>	<p><b>【外来診療料】</b></p> <p>注4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。</u></p>
<p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] <u>次のいずれかに該当する保険医療機関であること。</u></p> <p><u>(1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。</u></p> <p><u>(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、</u></p>

<p>【調剤基本料】</p> <p>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。(略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>調剤基本料1</p> <p>□ 妥結率が5割を超えること</p> <p>調剤基本料2</p> <p>□ 妥結率が5割を超えること</p> <p>調剤基本料3</p> <p>□ 妥結率が5割を超えること</p> <p>調剤基本料4</p> <p>調剤基本料1のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が5割以下の保険薬局</p> <p>調剤基本料5</p> <p>調剤基本料2のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が5割以下の保険薬局</p> <p>調剤基本料の注1ただし書きに規定</p>	<p><u>単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。</u></p> <p>【調剤基本料】</p> <p>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。</p> <p>[施設基準]</p> <p>調剤基本料1</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>調剤基本料2</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>調剤基本料の注1ただし書きに規定</p>
---	--

<p>する施設基準</p> <p>(2) 調剤基本料 1 を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割を超えていること。</p> <p>調剤基本料の注3に規定する保険薬局</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(略)</p>	<p>する施設基準</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>調剤基本料の注3に規定する<u>厚生労働大臣が定める保険薬局</u></p> <p><u>次のいずれかに該当する保険薬局であること</u></p> <p>(1) <u>当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。</u></p> <p>(2) <u>当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していないこと。</u></p> <p>(3) (略)</p>
--	---

## ② 訪問指導料における居住場所に応じた評価

骨子< I-5 (21) >

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>[同一建物居住者] 当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> <u>650点</u></p> <p>2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> <u>320点</u></p> <p>3 <u>1及び2以外の場合</u> <u>290点</u></p> <p>[<u>単一建物診療患者の人数</u>] <u>当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同</u></p>

<p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 530点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 450点</p> <p>[同一建物居住者]</p> <p>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を「同一建物居住者の場合」という。</p>	<p>じ。)の人数を「<u>単一建物診療患者の人数</u>」という。</p> <p>ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が1人であるものとみなす。</p> <p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p>1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> 530点</p> <p>2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> 480点</p> <p>3 <u>1及び2以外の場合</u> 440点</p> <p>[<u>単一建物診療患者の人数</u>]</p> <p>当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。)の人数を「<u>単一建物診療患者の人数</u>」という。</p> <p>ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養</p>
---	--

	<p><u>食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合</u> <u>又は当該建築物の戸数が 20戸未満</u> <u>であって、在宅患者訪問栄養食事指</u> <u>導料を算定する者の数が 2 人以下</u> <u>の場合には、それぞれ単一建物診療</u> <u>患者が 1 人であるものとみなす。</u></p>
--	--

## ②② 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

骨子< I-5 (22) >

### 第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 無菌製剤処理加算の評価を見直す。
2. 無菌製剤室を共同利用した場合の費用について、無菌製剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の両者の合議とすることを明確にする。
3. 乳幼児に対する業務の評価を新設する。

現 行	改定案
<p><b>【調剤料】</b></p> <p>注2 5の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ65点、75点又は65点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ130点、140点又は130点）を加算する。</p> <p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</b></p>	<p><b>【調剤料】</b></p> <p>注2 5の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ<u>67点</u>、<u>77点</u>又は<u>67点</u>（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、1日につきそれぞれ<u>135点</u>、<u>145点</u>又は<u>135点</u>）を加算する。</p> <p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</b></p>



<p><u>(新設)</u></p>	<p>注3 <u>在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</u></p>
--------------------	---

## ⑩ 精神療養病棟入院料等における

### クロザピンの包括範囲からの除外

骨子<Ⅱ－１－３(10)>

#### 第1 基本的な考え方

精神科入院患者の地域移行を推進するため、精神療養病棟入院料等について、クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外するとともに、当該入院料における非定型抗精神病薬加算を見直す。

#### 第2 具体的な内容

1. 精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、クロザピンを包括範囲から除外する。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含まれない薬剤及び注射薬】</p> <p>インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）</p> <p>抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）</p> <p>血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体</p>	<p>【精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含まれない薬剤及び注射薬】</p> <p>インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）</p> <p>抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）</p> <p>血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体</p>

(新設)	<u>クロザピン(治療抵抗性統合失調症患者のうちI013治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る)</u>  <u>※ 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様</u>
------	---

2. 精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、非定型抗精神病薬加算の対象からクロザピンによる治療を行っている患者を除外する。

現 行	改定案
<p>【非定型抗精神病薬加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病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。</p> <p>(8) (略)</p> <p>(9) (略)</p>	<p>【非定型抗精神病薬加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病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。 <u>(ただし、クロザピンは除く。)</u></p> <p>(8) (略)</p> <p>(9) (略)</p>

## ① 感染防止対策加算の要件の見直し

骨子<Ⅱ－１－６(1)>

### 第1 基本的な考え方

薬剤耐性（AMR）対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進の観点から、感染防止対策加算の要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

感染防止対策加算において、抗菌薬適正使用支援チームの取組に係る加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

#### 感染防止対策加算（入院初日）

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点

##### [算定要件]

院内に抗菌薬適正使用支援のチームを設置し、感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行っていること。

##### [施設基準]

- (1) 感染防止対策地域連携加算を算定していること。
- (2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。
  - ① 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
  - ② 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

- ③ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- ④ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

①に定める医師、②に定める看護師、③に定める薬剤師又は④に定める臨床検査技師のうち1名は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

(3) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

- ① 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。
- ② 感染症治療の早期モニタリングにおいて、①で設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。
- ③ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
- ④ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
- ⑤ 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。
- ⑥ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。

(4) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けている。

現 行	改定案
-----	-----

【感染防止対策加算（入院初日）】		【感染防止対策加算（入院初日）】	
1	感染防止対策加算 1	400点	1 感染防止対策加算 1 <u>390点</u>
2	感染防止対策加算 2	100点	2 感染防止対策加算 2 <u>90点</u>
	注 感染防止対策地域連携加算		注 感染防止対策地域連携加算
		100点	100点

### ③ 医療安全対策加算における

## 医療安全対策地域連携加算の新設

骨子<Ⅱ－１－６(3)>

### 第1 基本的な考え方

医療安全対策加算について、医療安全対策に関する医療機関の連携に対する評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

#### 医療安全対策加算（入院初日）

#### (新) 注 医療安全対策地域連携加算

イ	医療安全対策地域連携加算 1	50 点
ロ	医療安全対策地域連携加算 2	20 点

#### [算定要件]

医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価を行っていること。

#### [施設基準]

##### 医療安全対策地域連携加算 1

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。

- (4) 他の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

#### 医療安全対策地域連携加算 2

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算 2 に係る届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

現 行			改定案		
【医療安全対策加算（入院初日）】			【医療安全対策加算（入院初日）】		
1	医療安全対策加算 1	85点	1	医療安全対策加算 1	85点
2	医療安全対策加算 2	35点	2	医療安全対策加算 2	<u>30点</u>



## ⑦ 専従要件の緩和

骨子<Ⅲ－１(6)>

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

1. チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととし、併せて、評価についても見直しを行う。また、担当する患者数が一定程度以下の場合には専任であっても差し支えないこととする。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】 (1日につき) 400点 [施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 (1日につき) <u>390点</u> [施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される<u>緩和ケアに係るチーム</u>(以下「緩和ケアチーム」という。)が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤</p>

<p>師</p> <p>なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。</p> <p>【外来緩和ケア管理料】 300点 [施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。</p> <p>【栄養サポートチーム加算】 [施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム</p>	<p>師</p> <p><u>なお、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</u></p> <p>【外来緩和ケア管理料】 290点 [施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る<u>チーム</u>（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p><u>なお、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</u></p> <p>【栄養サポートチーム加算】 [施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム</p>
---	---

<p>(以下「栄養サポートチーム」という。)が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。</p> <p>ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師</p> <p>イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師</p> <p>エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士</p>	<p>(以下「栄養サポートチーム」という。)が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。<u>ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</u></p> <p>ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師</p> <p>イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師</p> <p>エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士</p>
--	--

2. 職員の専従が要件となっている精神科専門療法について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることを可能とする。

現 行	改定案
<p>【精神科作業療法】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。</p>	<p>【精神科作業療法】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。<u>ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下</u></p>

	<p><u>この項において「精神科ショート・ケア等」という)に従事することは差し支えない。また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあつては、精神科ショート・ケア等の専従者として届け出ることとは可能である。</u></p> <p>※ <u>精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア料についても同様</u></p>
--	---

3. 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供や外来リハビリテーション等を実施している保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和する。「I-3-⑫」を参照のこと。

## ⑩ 情報通信技術（ICT）を活用した

### 関係機関連携の推進

骨子<Ⅲ－１(9)>

#### 第1 基本的な考え方

関係機関間・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、感染防止対策加算や退院時共同指導料等について、連携会議や情報共有等にICTを活用することができるよう、要件を緩和する。

#### 第2 具体的な内容

対面でのカンファレンス等を求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術（ICT）を用いたカンファレンス等を組み合わせて開催できるよう、要件を見直す。

##### [対象]

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

現 行	改定案
【在宅患者緊急時等カンファレンス料】	【在宅患者緊急時等カンファレンス料】

[算定要件]

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、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の状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

[留意事項]

(新設)

[算定要件]

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、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の状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

[留意事項]

- (1) 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情等により参加できない場合は、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な機器（ビデオ通話）を用いて参加した場合でも算定可能である。
- (2) なお、当該カンファレンスにおいて、患者の個人情報画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと

<p>【退院時共同指導料 1】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p> <p>[留意事項]</p> <p>(1) (略)</p>	<p><u>共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</u></p> <p>※ <u>留意事項の内容は、対象となる他の加算等についても求める内容に依じて同様の見直しを行う。</u></p> <p>【退院時共同指導料 1】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p> <p>[留意事項]</p> <p>(1) (略)</p>
---	---

(新設)

(2) 当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれかが、医療資源の少ない地域に所在する場合であって、やむを得ない事情等により、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医等が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な機器（ビデオ通話）を用いて参加した場合でも算定可能である。

※ 留意事項の内容は、対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。



## ② 後発医薬品使用体制加算の見直し

骨子<IV-2(2)>

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

1. 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品使用率の向上に伴う評価の見直しを行う。
2. また、DPC制度における後発医薬品係数の見直しに伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加する。

現 行		改定案	
【後発医薬品使用体制加算】		【後発医薬品使用体制加算】	
(新設)		後発医薬品使用体制加算1	45点
後発医薬品使用体制加算1	42点	後発医薬品使用体制加算2	40点
後発医薬品使用体制加算2	35点	後発医薬品使用体制加算3	35点
後発医薬品使用体制加算3	28点	後発医薬品使用体制加算4	22点
[施設基準(通知)]		[施設基準(通知)]	
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		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。

(6) D P C 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。

【処方料】

注 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。

(新設)

- 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

[施設基準 (通知)]

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 85%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 80%以上 85%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては 70%以上 80%未満、後発医薬品使用体制加算 4 にあっては 60%以上 70%未満であること。

(削除)

【処方料】

注 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 5 点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 4 点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 2 点

[施設基準 (通知)]

<p>(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。</p>	<p>(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<u>85%</u>以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては<u>75%以上 85%未満</u>、<u>外来後発医薬品使用体制加算3にあつては70%以上 75%未満</u>であること。</p>
--	---

### ③ 一般名処方加算の見直し

骨子<IV-2(3)>

#### 第1 基本的な考え方

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

#### 第2 具体的な内容

後発医薬品の使用推進の観点から、一般名処方の推進を図るため、一般名処方加算を見直す。

現行		改定案	
【処方箋料】		【処方箋料】	
イ	一般名処方加算 1 3点	イ	一般名処方加算 1 <u>6点</u>
ロ	一般名処方加算 2 2点	ロ	一般名処方加算 2 <u>4点</u>

## ① 入院中等の減薬の取組みの評価

骨子<IV-6(1)(2)>

### 第1 基本的な考え方

入院患者に対する減薬に係る取組実績を踏まえ、薬剤総合評価調整加算の評価対象に地域包括ケア病棟入院料を追加する。また、退院後、地域包括診療料等を算定する場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟入院料において、薬剤総合評価調整加算を包括の範囲外とする。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>[包括範囲]</p> <p>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</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>[包括範囲]</p> <p>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、入退院支援加算（1のイに限る。）<u>、認知症ケア加算及び薬剤総合評価調整加算</u>、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</p>

<p>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。</p>	<p>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、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。</p>
--	---

2. 地域包括診療料等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合について、評価を新設する。

「I-2-①」を参照のこと。

## ② 向精神薬処方適正化

骨子<IV-6(3)>

### 第1 基本的な考え方

向精神薬の多剤処方やベンゾジアゼピン系の抗不安薬等の長期処方の適正化推進のため、向精神薬を処方する場合の処方料及び処方箋料に係る要件を見直す。また、向精神薬の多剤処方等の状態にある患者に対し、医師が薬剤師等と連携して減薬に取り組んだ場合の評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

1. 処方料・処方箋料が減算となる多剤処方の範囲を拡大するとともに、多剤処方時の処方料・処方箋料等の報酬水準を適正化する。

現 行	改定案
<p>【処方料・処方せん料】</p> <p>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を行った場合</p> <p>処方料 20点</p> <p>処方せん料 30点</p> <p>【薬剤料】</p> <p>注 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、</p>	<p>【処方料・処方箋料】</p> <p>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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合</p> <p>処方料 18点</p> <p>処方箋料 28点</p> <p>【薬剤料】</p> <p>注 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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及</p>

所定点数の 100分の 80に相当する 点数により算定する。	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。
-----------------------------------	---

2. 一定期間以上、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を長期にわたって継続して処方している場合について、処方料・処方箋料を適正化する。

(新)	<u>処方料</u>	29 点
(新)	<u>処方箋料</u>	40 点

[算定要件]

不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を 12 月以上、連続して同一の用法・用量で処方されている場合（ただし、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合等特に規定する場合を除く。）

3. 向精神薬の多剤処方等の状態にある患者について、減薬した上で薬剤師又は看護師と協働して症状の変化等の確認を行っている場合の評価を新設する。

	処方料	
(新)	<u>向精神薬調整連携加算</u>	12 点
	処方箋料	
(新)	<u>向精神薬調整連携加算</u>	12 点

[算定要件]

直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又は不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を 12 月以上、連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減薬の上、薬剤師（処方料については薬剤師又は看護職員）に症状の変化等の確認を指示した場合



## ④ 処方料等及び処方箋様式の見直し

骨子<IV-6(5)(6)>

### 第1 基本的な考え方

外来機能の役割分担の推進及び分割調剤に係る医師の指示や分割調剤を行った際の手続きの明確化・合理化を図る観点から、処方に係る加算及び処方箋の様式を見直す。医療機関と薬局の連携による医薬品の適正使用を推進するため、残薬に係る疑義照会の取扱いを明確にする。

### 第2 具体的な内容

1. 外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、処方日数に係る加算を見直す。

- (1) 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院の30日以上処方減算を適正化する。
- (2) (1)に伴い、200床未満の医療機関における特定疾患への処方に関する管理加算を見直す。
- (3) 分割指示の取扱いを明確化する（分割調剤における処方箋様式の追加）。

現 行	改定案
<p>【処方料・処方せん料・薬剤料】</p> <p>注 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以上の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</p>	<p>【処方料・処方箋料・薬剤料】</p> <p>注 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以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数によ</p>

<p>り算定する。</p> <p>【処方料・処方せん料】</p> <p>注 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日以上の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（編：院外処方は注 4）の加算は算定できない。</p>	<p>り算定する。</p> <p>【処方料・処方箋料】</p> <p>注 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日以上の処方を行った場合は、月 1 回に限り、1 処方につき <u>66</u>点を加算する。ただし、この場合において同一月に注 5（編：院外処方は注 4）の加算は算定できない。</p>
---	---

## 2. 分割調剤の手続きの明確化・合理化を図る観点から、分割調剤に係る処方箋様式を追加するとともに、具体的な取扱いを明確にする。

### [分割調剤に係る留意事項]

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合、分割の回数は3回までとすること。
- (2) 分割指示に係る処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。
- (3) 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
- (4) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。

(5) 受付保険薬局情報において、1枚目の処方箋が処方箋の使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方箋は無効とすること。

3. あらかじめ医療機関と薬局で合意した方法により、残薬調整の疑義照会に係る取扱いを明確にする。

# 新たな処方箋様式（案）

様式第二号の二（第二十三条関係）

<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="text-align: center; margin-right: 20px;"> <h2 style="margin: 0;">処 方 箋</h2> <p style="font-size: small;">（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）</p> </div> <div style="text-align: right; margin-left: 20px;"> <p style="font-size: x-small;">分割指示に係る処方箋    分割の__回目</p> </div> </div>																						
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 <span style="float: right;">(印)</span>																
	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 箋 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 <span style="font-size: x-small;">（「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。）</span>																				
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。																						

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 \_\_\_\_\_

F A X 番号 \_\_\_\_\_

その他の連絡先 \_\_\_\_\_

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_