

平成30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)

平成30年2月7日
一般社団法人 日本病院薬剤師会

●入院時支援加算

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。

新設 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。
- (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

●退院時共同指導料

【退院時共同指導料 1】

[算定要件]

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、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士が、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、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回に限り算定できる。

[包括範囲]

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。）

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。）

●地域包括診療料

新設 薬剤適正使用連携加算 30点（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

において算定するものを含む。以下同じ。)の人数を「単一建物診療患者の人数」という。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。

注3 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。

●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

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。

●感染防止対策加算（入院初日）

点数の見直し 1 感染防止対策加算1 400点→390点

2 感染防止対策加算2 100点→90点

注 感染防止対策地域連携加算 100点

新設 抗菌薬適正使用支援加算 100点（入院初日）

[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。

●医療安全対策加算

点数の見直し 医療安全対策加算 1 85点→85点

医療安全対策加算 2 35点→30点

新設 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。

●専従要件の緩和

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。

評価の見直し 緩和ケア診療加算 400 点→390 点

[施設基準]

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。

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師

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。

評価の見直し 外来緩和ケア管理料 300点→290点

[施設基準]

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。

- 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師

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。

施設基準の見直し 栄養サポートチーム加算

[施設基準]

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（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。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。

- 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
- 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
- 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
- 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

●情報通信技術（ICT）を活用した関係機関連携

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）

●後発医薬品使用体制加算の見直し

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。

評価の見直し

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 1	45 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 2	40 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 3	35 点
			後発医薬品使用体制加算 4	22 点

[施設基準]

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

処方料の見直し

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 1	5 点
外来後発医薬品使用体制加算 2	3 点		外来後発医薬品使用体制加算 2	4 点
			外来後発医薬品使用体制加算 3	2 点

[施設基準]

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 85%以上、外来後発医薬品使

用体制加算 2 にあつては 75%以上 85%未満、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 であること。

●一般名処方加算

<u>点数の見直し</u>	一般名処方加算 1	3 点→6 点
	一般名処方加算 2	2 点→4 点

●薬剤総合評価調整加算

包括範囲の見直し 地域包括ケア病棟入院料

【包括範囲】

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。）、認知症ケア加算及び薬剤総合評価調整加算、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、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。

●処方料・処方箋料・薬剤料

- 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

<u>評価の見直し</u>	処方料	20 点→18 点
	処方箋料	30 点→28 点

【薬剤料】

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。

- 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。

<u>新設</u>	<u>処方料</u>	<u>29 点</u>
	<u>処方箋料</u>	<u>40 点</u>

[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。）

- 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。

<u>新設</u>	<u>処方料：向精神薬調整連携加算</u>	<u>12点</u>
	<u>処方箋料：向精神薬調整連携加算</u>	<u>12 点</u>

[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

●**処方料等及び処方箋様式の見直し**

- 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 日以上の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せん様式の追加）。

注の見直し

【処方料・処方せん料・薬剤料】

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 日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り算定する。

【処方料・処方せん料】

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 66 点 を加算する。ただし、この場合において同一月に注 5（編：院外処方注 4）の加算は算定できない。

- 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。

留意事項の追加

[分割調剤に係る留意事項]

- (1) 分割指示に係る処方せんを発行する場合、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せんを発行した場合は、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せん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せん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 枚目の処方せんが処方せん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、当該処方せんは無効とすること。

●厳格な安全管理が必要な医薬品の管理に対する評価

新設 特定薬剤治療管理料 2 100 点

注7 ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。

●無菌製剤処理料1の算定要件の見直し

注の見直し 無菌製剤処理料

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、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、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、必要があつ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。