

本資料は、下記日付時点の最新の情報を記載するように注意して作成しておりますが、正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解の上ご使用願います。

平成30年度診療報酬改定 【答申案】①－2医科(医薬品関連)

2018.2.7
東和薬品

出典：厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>)

個別改定項目について

黒字: 医科 赤字: 調剤 青字: 共通(医科・調剤)

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現・充実

Ⅱ－１－６－① 感染防止対策加算の要件の見直し 3

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

Ⅳ－２－② 後発医薬品使用体制加算の見直し 17

Ⅳ－２－③ 一般名処方加算の見直し 33

Ⅳ－２－④ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進 39

Ⅳ－６－① 入院中等の減薬の取組みの評価 42

感染防止対策加算の要件の見直し

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。

感染防止対策加算の要件の見直し

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

感染防止対策加算の要件の見直し

〔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

感染防止対策加算の要件の見直し

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。

感染防止対策加算の要件の見直し

- 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。

感染防止対策加算の要件の見直し

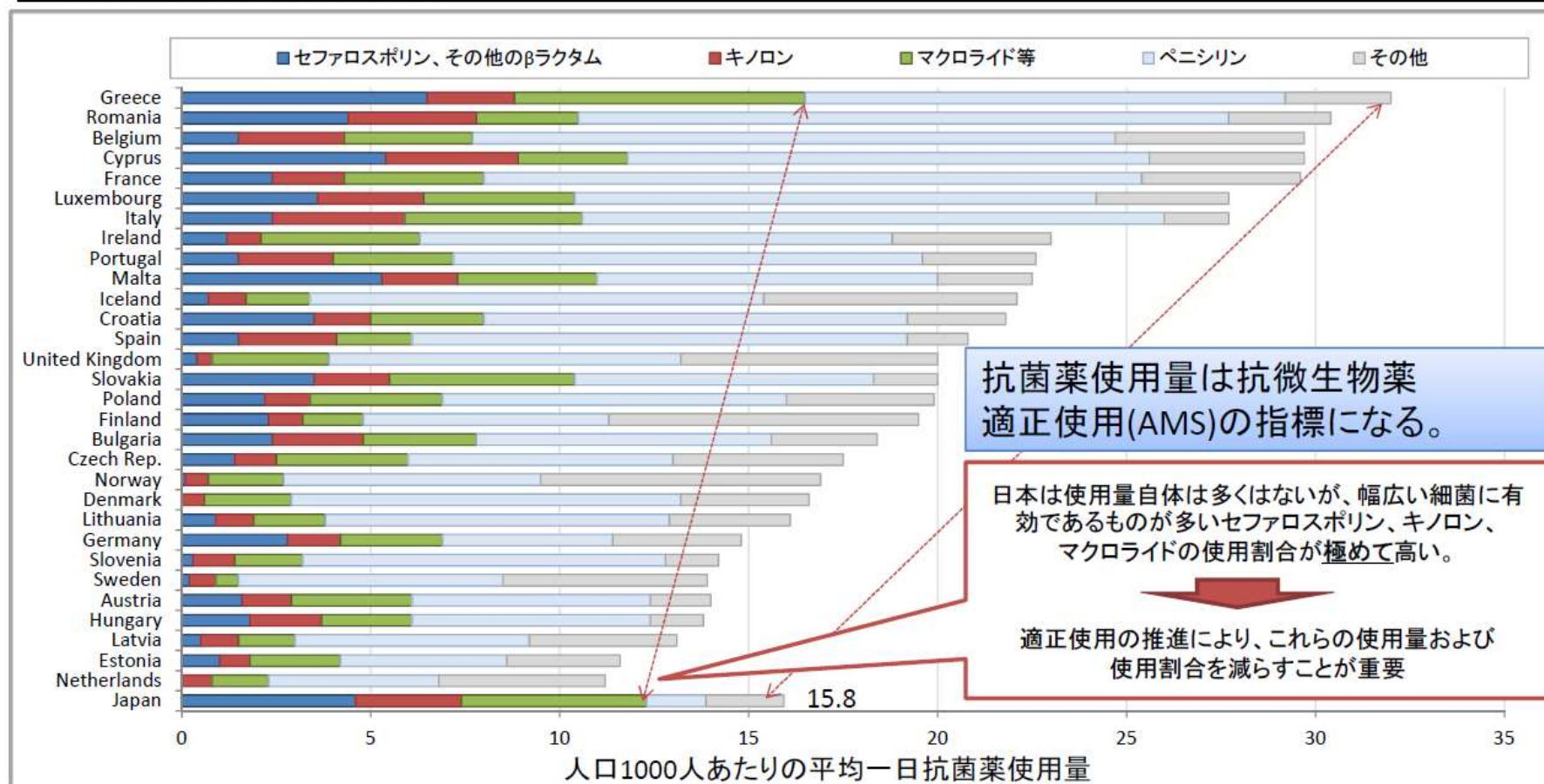
現行	改定案
【感染防止対策加算(入院初日)】 1 感染防止対策加算1 400点 2 感染防止対策加算2 100点 注 感染防止対策地域連携加算 100点	【感染防止対策加算(入院初日)】 1 感染防止対策加算1 <u>390点</u> 2 感染防止対策加算2 <u>90点</u> 注 感染防止対策地域連携加算 100点

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

薬剤耐性(AMR)対策アクションプランにおける数値目標

抗微生物薬について、2020年までに、経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライドの使用量を**半減**させ、全体の使用量を**33%減**とする。

医療分野における抗菌薬使用量



66

中央社会保険医療協議会総会(2017年10月4日)資料

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2016-2020)

1. 普及啓発・教育

- ・ 1.1 国民に対する薬剤耐性の知識・理解に関する普及啓発活動の推進
- ・ 1.2 関連分野の専門職に対する薬剤耐性に関する教育、研修の推進

2. サーベイランス・モニタリング

- ・ 2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化
- ・ 2.2 医療機関における抗微生物薬使用量の動向の把握
- ・ 2.3 畜水産、獣医療等における動向調査・監視の強化
- ・ 2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化
- ・ 2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

3. 感染予防管理

- ・ 3.1 医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進
- ・ 3.2 畜水産、獣医療、食品加工・流通過程における感染予防・管理の推進
- ・ 3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

4. 抗微生物製剤適正使用

- ・ 4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進
- ・ 4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

5. 研究開発・創薬

- ・ 5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進
- ・ 5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進
- ・ 5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する研究開発の推進
- ・ 5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進
- ・ 5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

6. 国際協力・グローバルヘルスアーキテクチャ

- ・ 6.1 薬剤耐性に関する国際的な施策に係る日本の主導力の発揮
- ・ 6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2016.4.5)【数値目標のまとめ】

指標微生物の薬剤耐性率

	指標	2014年	2020年(目標値)
医療分野	肺炎球菌のペニシリン非感受性率	48%	15%以下
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	45%	25%以下
	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	51%	20%以下
	緑膿菌のカルバペネム耐性率	17%	10%以下
	大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.2%	0.2%以下(同水準)
畜産分野	大腸菌のテトラサイクリン耐性率	45%	33%以下
	大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	5%	G7同水準
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	5%	G7同水準

ヒトの抗微生物剤の使用量(人口千人あたりの一日抗菌薬使用量)

指標	2013年	2020年(目標値)
全体	15.8	33%減
経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライド	11.6	50%減
静注抗菌薬使用量	1.2	20%減

※動物の抗微生物剤使用量の指標については、今後1年以内に、適正使用に係る具体的な行動計画とともに数値目標を設定

68

中央社会保険医療協議会総会(2017年10月4日)資料

感染防止対策加算

感染防止対策加算1 400点（入院初日）

感染防止対策加算2 100点（入院初日）

※ 感染防止対策地域連携加算 100点を更に加算

● 算定要件の概要

院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。

感染制御チームは以下の業務を行うものとする。

ア 感染制御チームは、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

イ 感染防止対策チームは微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制を取り、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。

ウ 感染制御チームは院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

● 施設基準の概要

＜感染防止対策加算1＞

○ 以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に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）。

イ 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

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること

○ 感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。

○ 感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること

○ 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

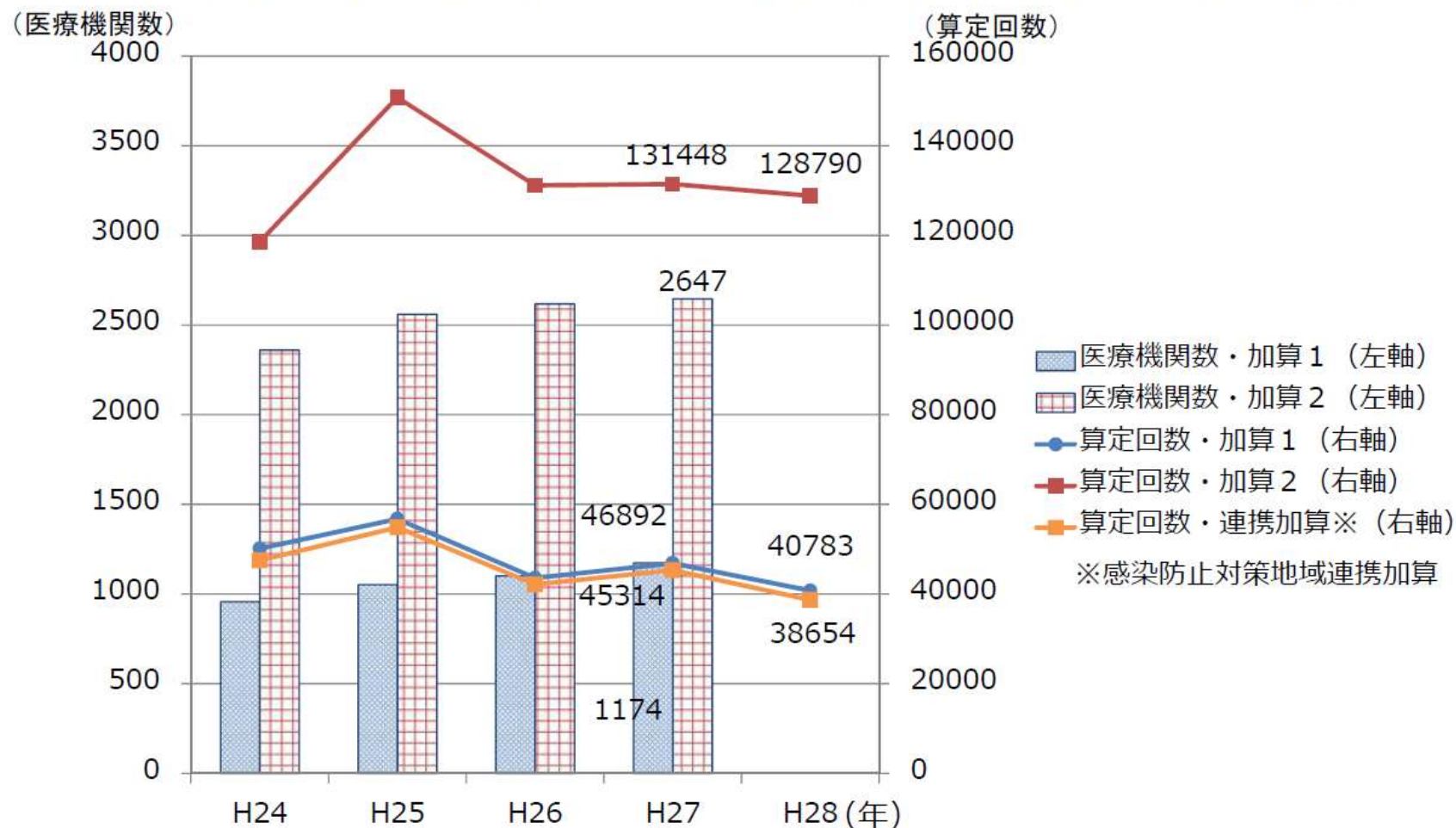
＜感染防止対策地域連携加算＞

○ 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。

○ 他の感染防止対策加算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に相互に赴いて感染防止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。

感染防止対策加算の届出医療機関数・算定回数

○ 感染防止対策加算の届出医療機関数、算定回数は、近年、ほぼ横ばいである。



出典：届出医療機関数：保険局医療課調べ（平成27年7月）

算定回数：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

70

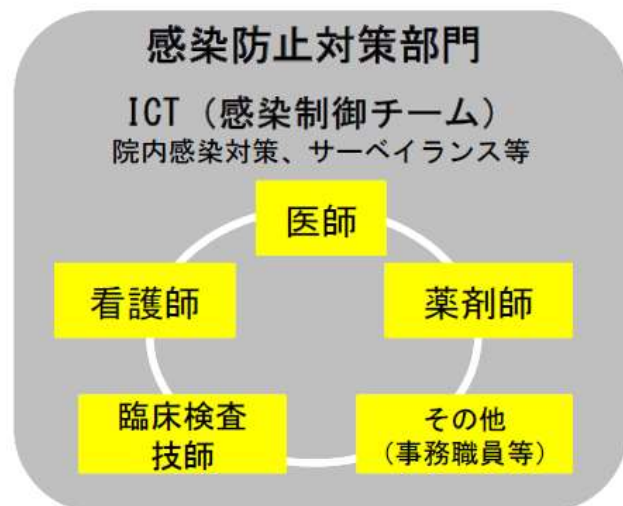
中央社会保険医療協議会総会（2017年10月4日）資料

病院内における抗菌薬適正使用支援の体制

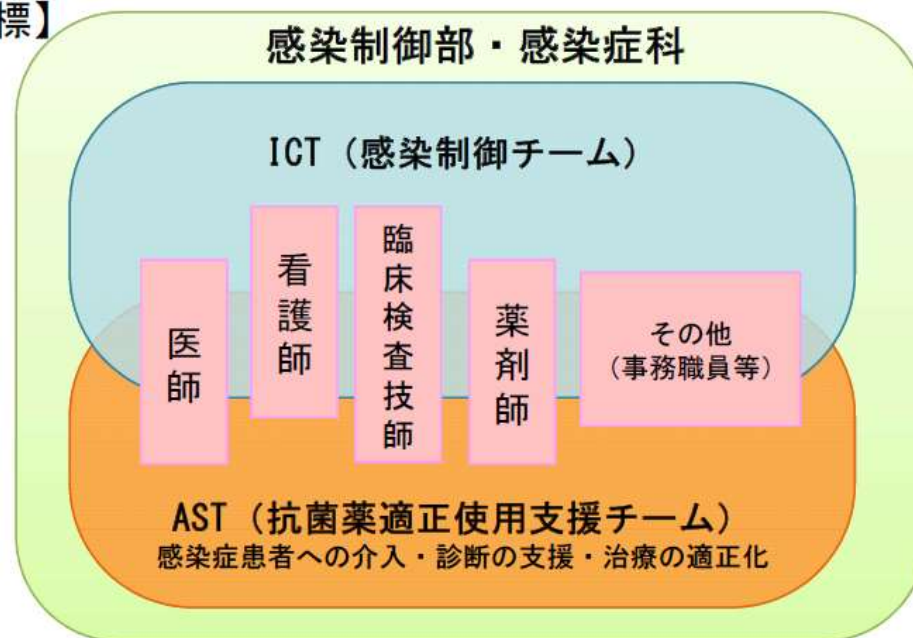
AST: Antimicrobial Stewardship Team (抗菌薬適正使用支援チーム)

医療機関が、感染症を発症した患者が適切な抗菌薬治療を受けているか否かを専門的に監視又は管理し、必要に応じて処方医へ支援を行うための多職種(感染症を専門とする医師、薬剤師を中心として、臨床検査技師、看護師、事務職員等)からなるチーム。

【現状】



【目標】



多職種チームによる感染症患者への適時介入の効果

⇒ 感染症の診断・治療レベルの向上、サーベイランスの充実、教育・啓発

⇒ 薬剤耐性(AMR)の抑制、患者予後の向上

71

中央社会保険医療協議会総会(2017年10月4日)資料

AST(抗菌薬適正使用支援チーム)の主な活動

(Ⅰ)	介入	○ 感染症治療の早期モニタリングとフィードバック ・モニタリングの対象となる患者の設定 ・感染症治療のモニタリング ・必要に応じて主治医にアドバイス ○ 抗菌薬使用の事前承認、届出制 など
(Ⅱ)	抗菌薬使用の最適化	○ 微生物検査で原因菌や薬剤感受性が判明後、できるだけ早期に根治治療への移行を考慮 ○ 臨床薬理学的なアプローチによる抗菌薬使用の最適化 など
(Ⅲ)	微生物・臨床検査の利用	○ 適切な検体採取と培養検査が可能な体制の整備 ○ 施設毎あるいは病棟毎のローカルデータとしてアンチバイオグラムの作成 など
(Ⅳ)	抗菌薬適正使用支援の評価測定	○ 抗菌薬適正使用支援のプロセス指標とアウトカム指標の両者の検証
(Ⅴ)	特殊集団の選択と抗菌薬適正使用支援の集中	○ 感染リスクの高い患者集団を選別し、効率のよい抗菌薬適正使用支援を実施
(Ⅵ)	教育・啓発	○ 処方医・医療専門職への抗菌薬適正使用に関する教育・啓発 ○ 患者への抗菌薬適正使用に関する教育・啓発

抗菌薬適正使用支援プログラム実践のためのガイダンス（8学会合同抗微生物薬適正使用推進検討委員会）より抗菌薬適正使用支援の主なものを事務局で抜粋

抗菌薬適正使用推進プログラムによるチーム介入

- 入院患者を対象とした、抗菌薬適正使用推進プログラムによる、チーム（AST: Antimicrobial Stewardship Team）の介入は薬剤耐性の抑制、広域抗菌薬使用量の節減をもたらす。

対象とした 臨床研究数	成果とした指標	効果	文献
19	多剤耐性グラム陰性桿菌（感染・定着率）	51%（32～65%）低下	1)
17	MRSA（感染・定着率）	37%（12～55%）低下	
11	Clostridium difficile感染症（感染率）	32%（12～47%）減少	
46	死亡率（2群比較研究）	31%（14～44%）低下	2)
	全抗菌薬使用量	9.4%（1.0～18.9%）減少	
	カルバペネム系抗菌薬使用量	10.6%（3.0～20.0%）減少	

1) Baur D, et al. *Lancet Infect Dis* 2017; 17: 990-1001

2) Honda H, et al. *Clin Infect Dis* 2017; 64 (Suppl. 2): S119-S126

後発医薬品使用体制加算の見直し

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。

後発医薬品使用体制加算の見直し

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。

後発医薬品使用体制加算の見直し

現行	改定案
【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 42 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 28 点 [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】 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 40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(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の見直し

現行	改定案
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。 (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。 【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	後発医薬品使用体制加算2 にあつては <u>80 % 以上85%未満</u>、後発医薬品使用体制加算3にあつては <u>70%以上 80%未満</u>、<u>後発医薬品使用体制加算4にあつては 60%以上 70%未満</u>であること。 <u>(削除)</u> 【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

後発医薬品使用体制加算の見直し

現行	改定案
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。 <u>(新設)</u> 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)] (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	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。 <u>イ 外来後発医薬品使用体制加算1</u> 5点 <u>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2</u> 4点 <u>ハ 外来後発医薬品使用体制加算3</u> 2点 [施設基準(通知)] (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

後発医薬品使用体制加算の見直し

現行	改定案
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70%未満であること。	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<u>85%以上</u>、外来後発医薬品使用体制加算2にあっては<u>75%以上85%未満</u>、<u>外来後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上75%未満</u>であること。

後発医薬品の数量割合の計算方法

$$\text{数量割合} = \frac{\text{後発医薬品の数量}}{\text{後発医薬品の数量} + \text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}}$$

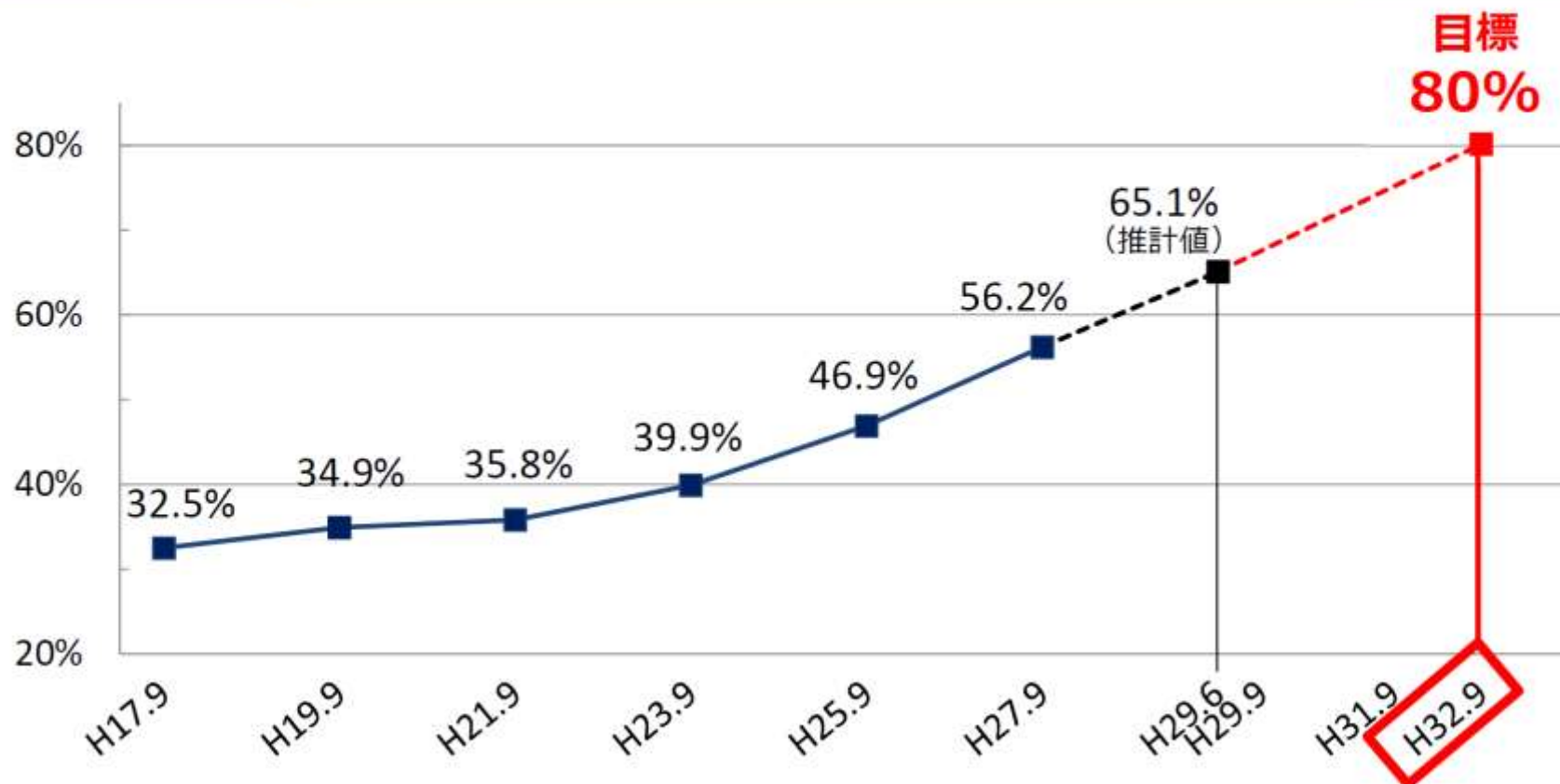
$$\text{基準値 (カットオフ値)} = \frac{\text{後発医薬品の数量} + \text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}}{\text{すべての医薬品の数量 (「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除く)}}$$

後発医薬品の数量シェアの推移と目標

平成29年6月14日中央社会保険医療協議会 薬価専門部会資料

数量シェア 目標 (骨太方針2017)

- **2020年（平成32年）9月**までに、後発医薬品の使用割合を**80%**とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



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

後発医薬品使用体制加算の見直し

改定前

(注)改定前、改定後ともに
いわゆる“カットオフ値”
50%以上の要件もある

後発医薬品使用体制加算1
42点(数量割合70%以上)

後発医薬品使用体制加算2
35点(数量割合60%以上)

後発医薬品使用体制加算3
28点(数量割合50%以上)

▲7点

▲13点

▲28点

改定後

対象にDPC対象病棟入院患者が追加

後発医薬品使用体制加算1
45点(数量割合85%以上)

後発医薬品使用体制加算2
40点(数量割合80%以上)

後発医薬品使用体制加算3
35点(数量割合70%以上)

後発医薬品使用体制加算4
22点(数量割合60%以上)

数量割合60%未満では
算定できない

後発医薬品の数量割合の目標が、70%から80%(骨太方針2017)に引き上げられたことから、算定要件も70%基準から80%基準に引き上げられた。

後発医薬品使用体制加算の算定可否

区分	後発医薬品使用体制 加算の算定可否
A100 一般病棟入院基本料(1日につき)	○
A101 療養病棟入院基本料(1日につき)	×
A102 結核病棟入院基本料(1日につき)	○
A103 精神病棟入院基本料(1日につき)	○
A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)	○
A105 専門病院入院基本料(1日につき)	○
A106 障害者施設等入院基本料(1日につき) ※(特定入院基本料を算定するものを除く。)	△
A108 有床診療所入院基本料(1日につき)	○
A109 有床診療所療養病床入院基本料(1日につき)	×
A300 救命救急入院料(1日につき)	×

診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)平成28年厚生労働省告示第52号別表第1(医科点数表)

後発医薬品使用体制加算の算定可否

区分	後発医薬品使用体制 加算の算定可否
A301 特定集中治療室管理料(1日につき)	×
A302 新生児特定集中治療室管理料(1日につき)	×
A303 総合周産期特定集中治療室管理料(1日につき)	×
A305 一類感染症患者入院医療管理料(1日につき)	×
A306 特殊疾患入院医療管理料(1日につき)	×
A307 小児入院医療管理料(1日につき)	×
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)	×
A308-3 地域包括ケア病棟入院料(1日につき)	×
A309 特殊疾患病棟入院料(1日につき)	×
A310 緩和ケア病棟入院料(1日につき)	×

診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)平成28年厚生労働省告示第52号別表第1(医科点数表)

後発医薬品使用体制加算の算定可否

区分	後発医薬品使用体制 加算の算定可否
A311 精神科救急入院料(1日につき)	×
A312 精神療養病棟入院料(1日につき)	×
A314 認知症治療病棟入院料(1日につき)	×
A317 特定一般病棟入院料(1日につき)	○
A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき)	×

外来後発医薬品使用体制加算の見直し

改定前

(注)改定前、改定後ともに
いわゆる“カットオフ値”
50%以上の要件もある

外来後発医薬品使用体制加算1
4点(数量割合70%以上)

▲2点

外来後発医薬品使用体制加算2
3点(数量割合60%以上)

▲3点

改定後

外来後発医薬品使用体制加算1
5点(数量割合85%以上)

外来後発医薬品使用体制加算2
4点(数量割合75%以上)

外来後発医薬品使用体制加算3
2点(数量割合70%以上)

数量割合70%未満では
算定できない

後発医薬品の数量割合の目標が、70%から80%(骨太方針2017)に引き上げられたことから、算定要件も70%基準から80%基準に引き上げられた。

平成28年度診療報酬改定(後発医薬品の使用促進等について)

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し【医科】

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

～平成28年3月(改定前)

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

旧指標

後発医薬品の採用品目数

全医薬品の採用品目数

平成28年4月(改定後)～

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

新指標

後発医薬品の数量

後発医薬品あり先発医薬品+後発医薬品の数量

診療所における後発医薬品使用体制の評価【医科】

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

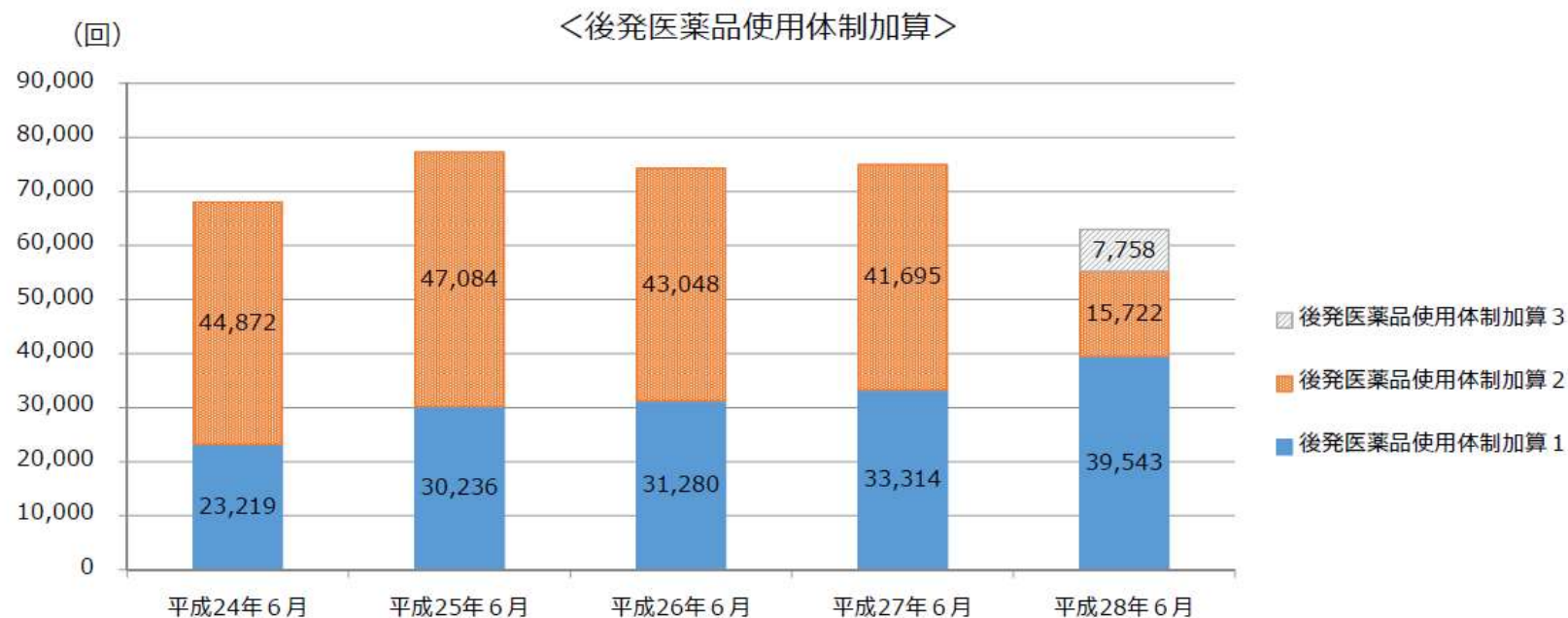
処方料

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

[施設基準]

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

後発医薬品に係る診療報酬の算定状況（医科）



＜外来後発医薬品使用体制加算＞

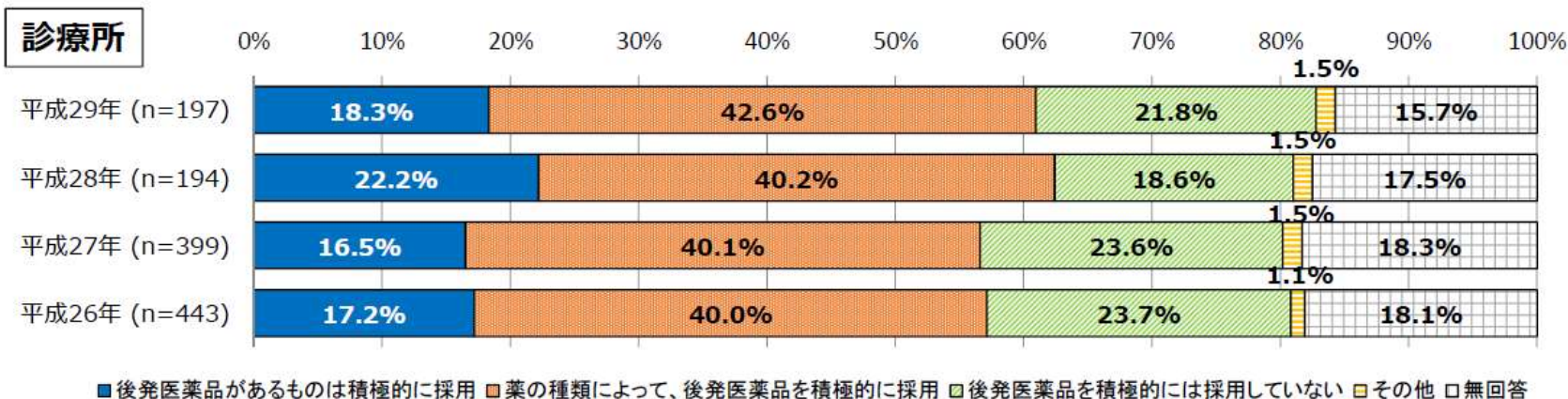
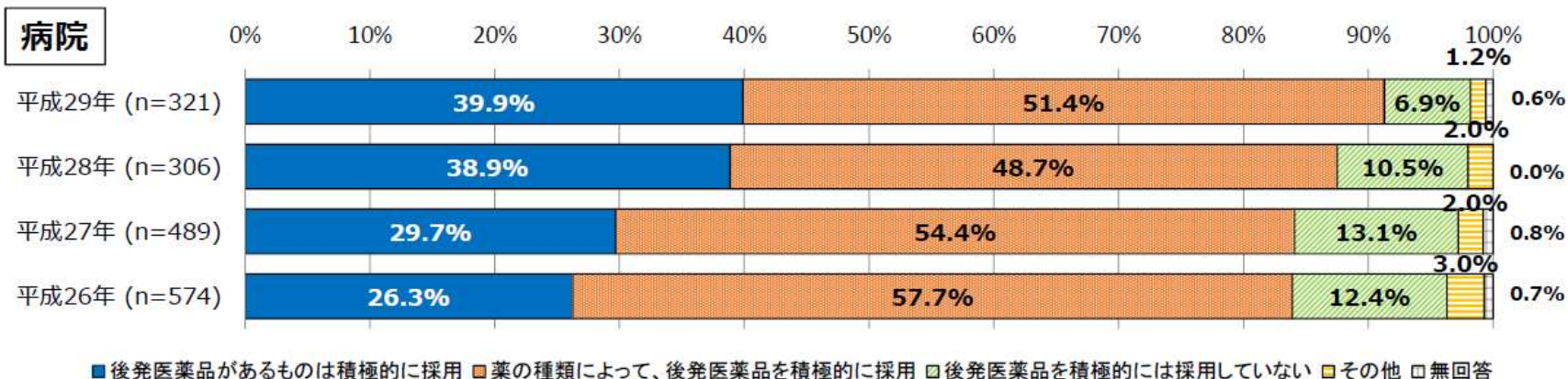
	平成28年 6月
処方料 外来後発医薬品使用体制加算 1	3,107,131
処方料 外来後発医薬品使用体制加算 2	943,730

出典：社会医療診療行為別統計（各年 6月審査分）

後発医薬品の採用状況（医療機関調査）

○ 前回改定前と比較し、病院、診療所ともに後発医薬品を積極的に採用する施設が増えている。

➤ 後発医薬品の採用に関する考え方



90

出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(後発調査)H29は速報値

中央社会保険医療協議会総会(2017年11月1日)資料

一般名処方加算の見直し

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。

一般名処方加算の見直し

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。

一般名処方加算の見直し

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

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

一般名処方加算の見直し

改定前

一般名処方加算1 3点

後発医薬品が存在する全ての医薬品(2品目以上の場合に限る。)が一般名処方されている場合

一般名処方加算2 2点

1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合

改定後

一般名処方加算1 6点

後発医薬品が存在する全ての医薬品(2品目以上の場合に限る。)が一般名処方されている場合

一般名処方加算2 4点

1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合

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。

平成28年度診療報酬改定（後発医薬品の使用促進等について）

一般名処方加算の見直し【医科】

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

～平成28年3月（改定前）

一般名処方加算 2点

〔算定要件〕

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合に算定する。



平成28年4月（改定後）～

一般名処方加算1 3点

一般名処方加算2 2点

〔算定要件〕

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

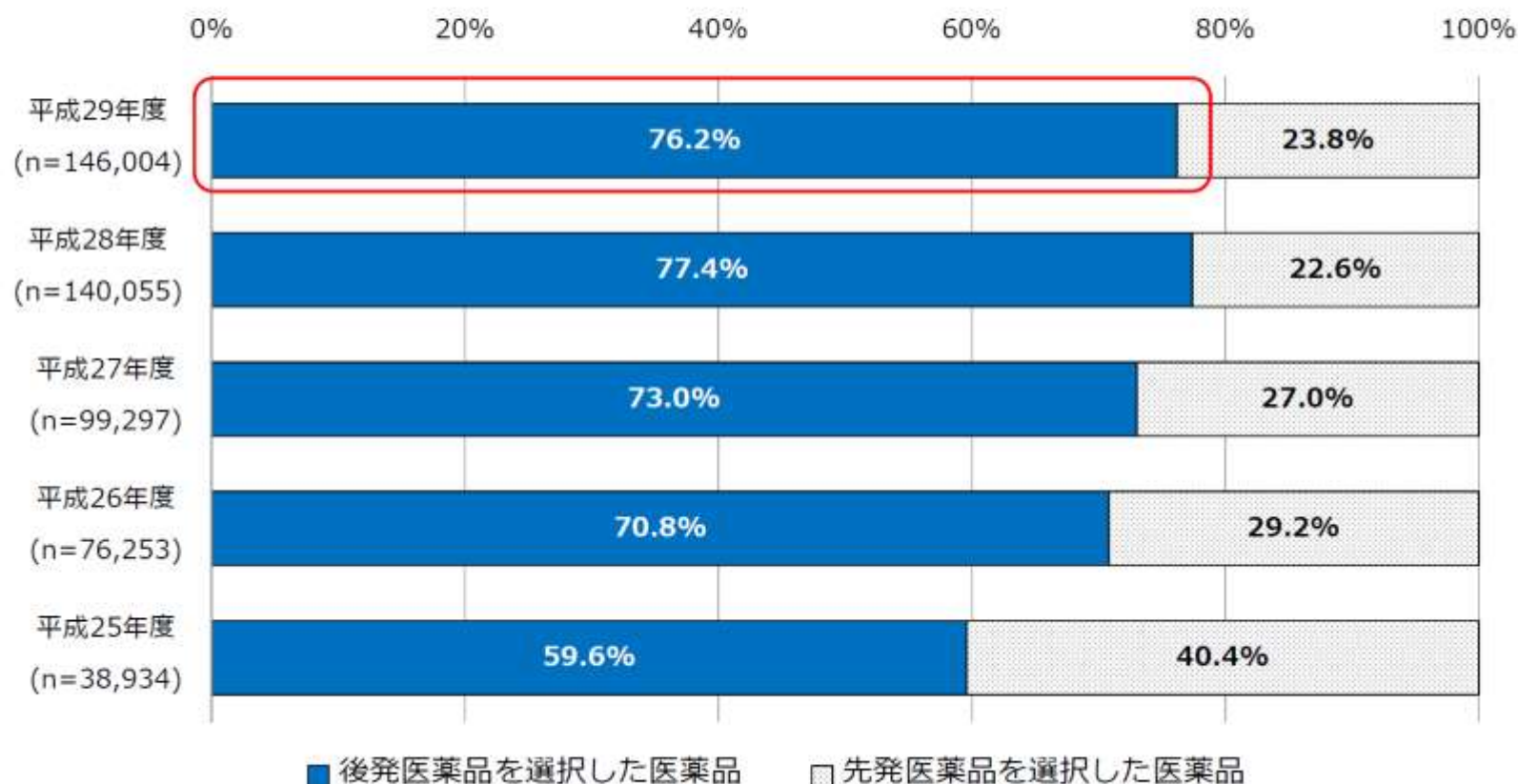
後発医薬品の銘柄を指定して処方する際の取扱い【医科】

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

一般名処方における後発医薬品の調剤（薬局調査）

○ 一般名処方された医薬品のうち、後発医薬品を調剤した割合は、7割に達している。

➤ 一般名で処方された医薬品における後発医薬品を選択した割合



DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

「Ⅰ－3－⑯」を参照のこと。

DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

3 機能評価係数Ⅰ

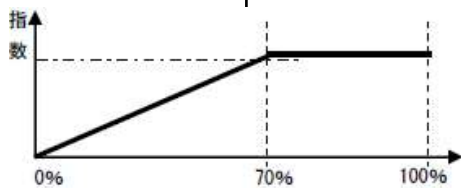
○ 後発医薬品使用体制加算を機能評価係数Ⅰで評価することとし、機能評価係数Ⅱでの後発医薬品係数は廃止する。

4 機能評価係数Ⅱ

○ 後発医薬品係数、重症度係数による評価は廃止する。

DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

改定前

	機能評価係数Ⅱ 後発医薬品係数
評価	相対評価
算定	入院日数
GE計算対象	入院のみ (外来は含まない)
数量割合	評価上限が70%
 後発医薬品の使用割合	
基準値 (カットオフ値)	規定が無い

改定後

機能評価係数Ⅰ 後発医薬品使用体制加算
絶対評価
入院初日
医療機関で調剤した医薬品全 て(外来を含む)
60%以上、70%以上、80%以 上、85%以上の4段階
50%以上



後発医薬品使用体制加算を機能評価係数Ⅰで評価することとし、機能評価係数Ⅱでの後発医薬品係数は廃止する。

入院中等の減薬の取組みの評価

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。

入院中等の減薬の取組みの評価

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。

入院中等の減薬の取組みの評価

現行	改定案
【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、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・	【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。))、<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部麻酔並びに別に厚生労

入院中等の減薬の取組みの評価

現行	改定案
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。	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。

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

平成28年度診療報酬改定(医薬品の適正使用の推進)

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

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

[算定要件]

① 薬剤総合評価調整管理料

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

② 連携管理加算

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

<薬剤総合評価調整加算等の算定状況>

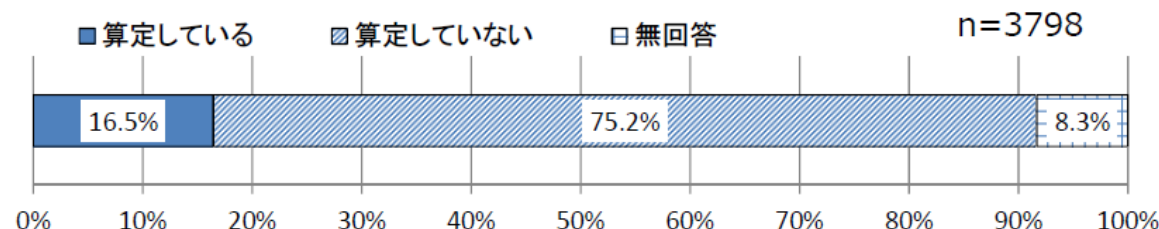
	平成28年6月
薬剤総合評価調整加算	1,640
薬剤総合評価調整管理料	11,004
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算	956

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

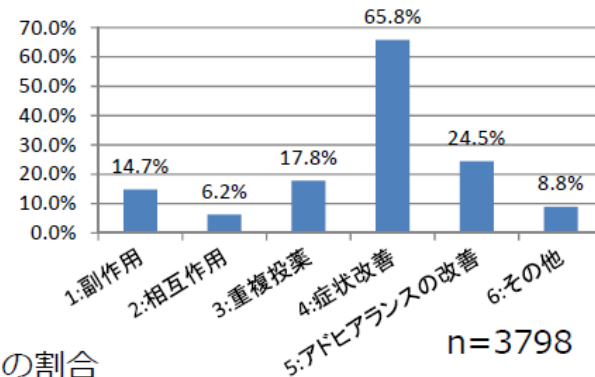
薬剤総合評価調整加算に係る業務の実施

- 入院患者に対する医療機関での多剤投薬の適正化の取組が広がってきているが、薬剤総合評価調整加算を算定できない病棟での業務実態も存在。

➤ 薬剤総合評価調整加算を算定している医療機関



➤ 減少させた理由（実施医療機関の割合）



➤ 算定対象外病棟で薬剤総合評価調整加算の業務実施を実施している医療機関の割合

1 障害者施設等入院基本料	2 特定集中治療室管理料	3 ハイケアユニット入院医療管理料	4 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5 小児特定集中治療室管理料	6 新生児特定集中治療室管理料	7 総合周産期特定集中治療室管理料	8 新生児治療回復室入院医療管理料	9 一類感染症患者入院医療管理料	10 特殊疾患入院医療管理料	11 小児入院医療管理料	12 地域包括ケア病棟入院料	13 特殊疾患病棟入院料	14 緩和ケア病棟入院料
12.3%	5.7%	4.9%	0.8%	0.0%	0.8%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%	3.3%	54.1%	3.3%	8.2%

47 出典) 平成28年度病院薬剤部門の現状調査 (日本病院薬剤師会)

中央社会保険医療協議会総会 (2017年12月1日) 資料

入院中等の減薬の取組みの評価

第2 具体的な内容

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。

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。

入院中等の減薬の取組みの評価

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

(新) 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)。

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

入院患者に対する多剤投薬の適正化の例

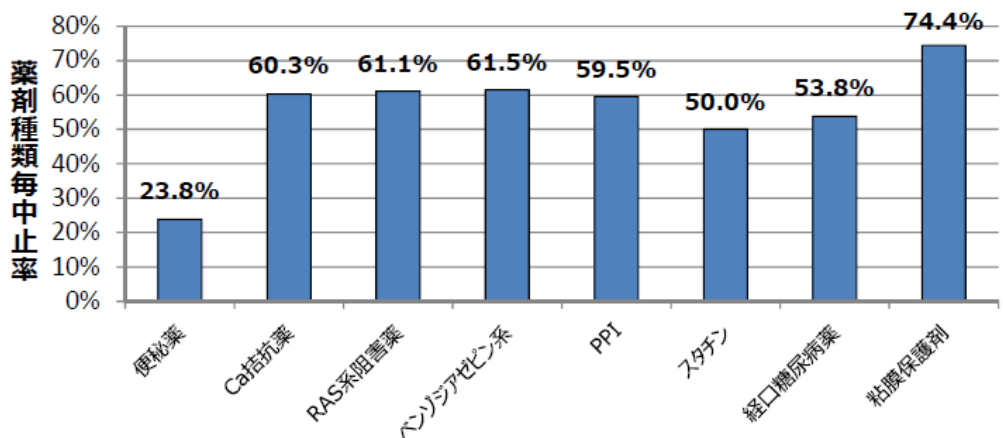
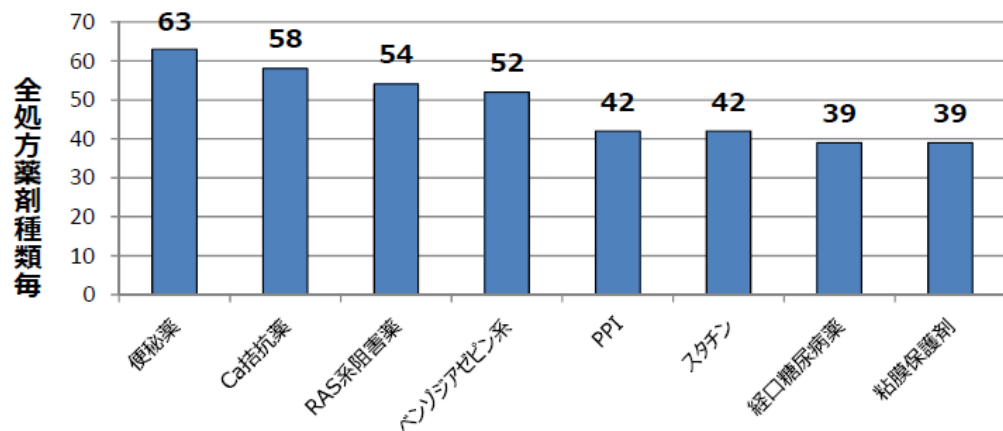
○ 入院中に減薬し、必要な経過観察を行ったうえで、退院後の診療を担うかかりつけ医等に情報提供している例もある。

- ①期間：2015年1月～2017年6月
- ②対象患者：整形外科病棟、
地域包括ケア病棟入院患者等
- ③スクリーニング対象：284名
- ④同意取得数：139名（48.9%）
- ⑤介入患者数：104名
- ⑥平均年齢：80.1歳
- ⑦性別：男：33名、女：71名
- ⑧基礎疾患数：平均5.6疾患
- ⑨処方医療機関：平均1.9医療機関



結果

- ・介入前 8.9薬剤（min 5 -max17）
- ・介入後 4.3薬剤（min 0 -max11）
- 平均約4剤の薬剤中止**
- ・全936薬剤、中止薬剤 549剤
- 中止率 57.8 %**



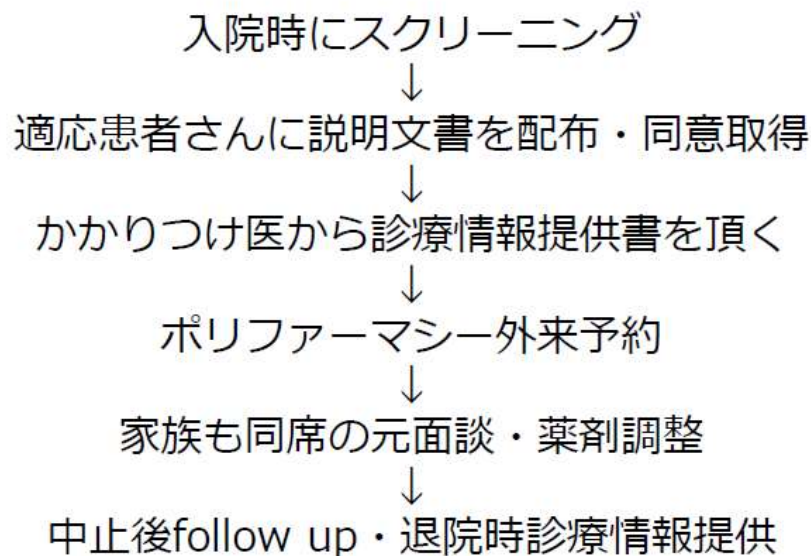
44

国立病院機構 栃木医療センター内科医長
矢吹拓先生提供資料より医療課にて作成
中央社会保険医療協議会総会(2017年12月1日)資料

入院患者に対する多剤投薬の適正化の例②

- 入院中に減薬し、必要な経過観察を行ったうえで、退院後の診療を担うかかりつけ医等に情報提供している例もある。

具体的な流れ



国立病院機構 栃木医療センター内科医長
矢吹拓先生提供資料より医療課にて作成

近隣医療機関への説明文書

ポリファーマシー外来へのご協力をお願い

平素より大変お世話になっております。先生には普段より当院との密接な地域連携にご尽力を頂き誠に感謝申し上げます。貴院にかかりつけの患者さんが当院にご入院され、この度退院されましたのでご報告致します。

当院では、2015年1月より、高齢の入院患者さんを対象に、内服薬剤の確診と見直しという取組を行っております。近年、ポリファーマシー（多剤内服）が高齢者を中心に大きな問題になっており、複数の薬剤の組み合わせや基礎疾患との組み合わせによって、薬剤による健康問題や不利益が出現することも多いことが報告されています。当院入院患者さんにおきましても、そのような事態が時折見受けられ、入院を契機に内服中の薬剤やその組み合わせを見直すために、多職種介入を開始することとなりました。

この取組は、入院中に内服薬剤を全てリストアップすることで、改めて内服薬剤を見直し、患者さんにとって安全な服薬内容を目指していくという試みです。患者さんおよびご家族の皆様のご同意のもとに、積極ながら今回の入院中に薬剤調整を行わせて頂きました。詳細は別記診療情報提供書をご確認頂けますと幸いです。

薬剤変更・中止にあたっては、担当医師がそれぞれの疾患のエビデンスを確認し、変更・中止に伴う不利益が無いよう十分な注意を払って調整しております。また、ご本人・ご家族とも密に相談しながら調整しておりますが、万が一不具合があるようでしたら、遠慮無く連絡頂けますと幸いです。勝手なお願いで大変恐縮ですが、ご理解とご協力の程宜しくお願い申し上げます。今後とも病診連携のほど宜しくお願い申し上げます。

独立行政法人 国立病院機構 栃木医療センター
院長 長谷川 親太郎

地域医療連携室長・副院長 田村 明彦

ポリファーマシーチーム代表・内科医長 矢吹 拓

退院時に担当内科医の診療情報提供書と一緒に必ず添付

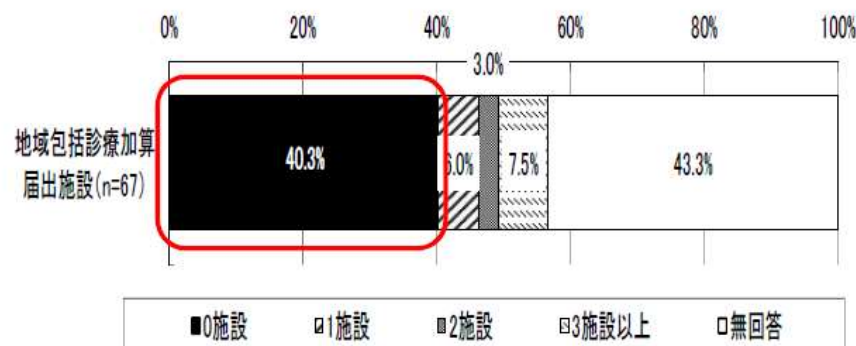
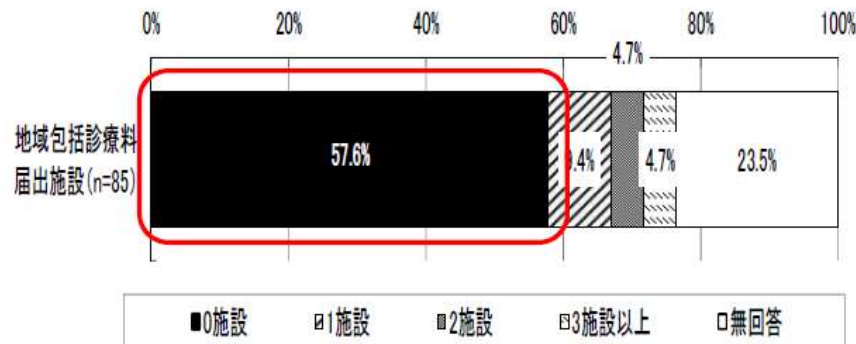
中央社会保険医療協議会総会(2017年12月1日)資料

再掲

他の医療機関・薬局との連携の状況

- 地域包括診療料等の算定患者に係る処方薬の把握等のために行う他の医療機関や薬局との連携について、
- ・57%の医療機関が「定期連絡をとっている医療機関はなし」と回答した。
 - ・28%の医療機関が「連携している薬局はなし」と回答した。

処方薬等を把握・調整するために定期的連絡をとっている
医療機関数(平成28年9月の実績)



算定患者の処方薬等を管理するために連携している
薬局数(平成28年9月の実績)

