

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 【説明会資料】①－2医科（医薬品関連）

2018.3.6
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－１－５) 感染防止対策加算の要件の見直し

Ⅱ－１－５) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

Ⅱ－１－５) 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

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 一般名処方加算の見直し

Ⅳ－２ 後発医薬品使用体制加算の見直し

Ⅳ－２ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 入院中等の減薬の取組みの評価

Ⅳ－２ 向精神薬処方の適正化

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

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－１－５) 感染防止対策加算の要件の見直し

Ⅱ－１－５) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

Ⅱ－１－５) 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

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 一般名処方加算の見直し

Ⅳ－２ 後発医薬品使用体制加算の見直し

Ⅳ－２ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

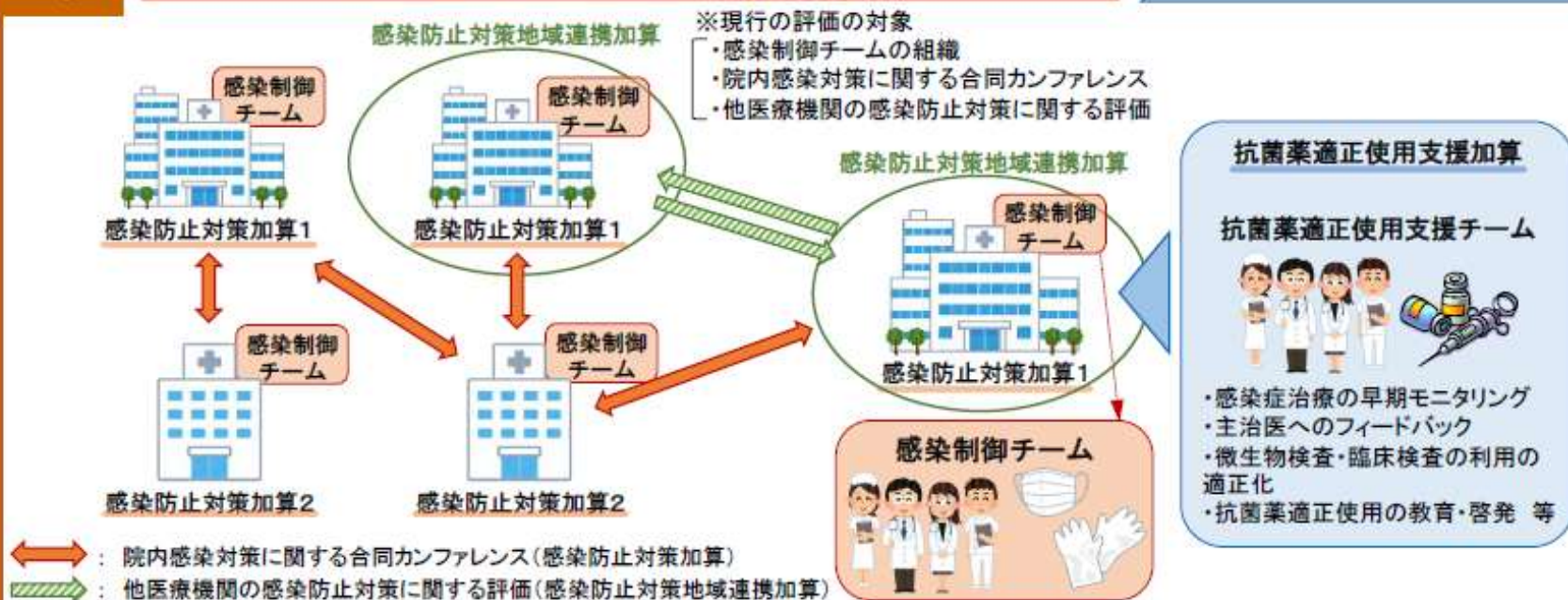
Ⅳ－２ 入院中等の減薬の取組みの評価

Ⅳ－２ 向精神薬処方の適正化

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

入院

新たな取組



新たな取組

外来



小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する小児抗菌薬適正使用支援加算を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、抗菌薬適正使用の普及啓発の取組を行っていることを要件化



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。

(ご参考) 薬剤耐性 (AMR) 対策について

人・抗生物質 新時代
抗生物質・抗菌薬が効かなくなる未来に立ち向かえ!

AMR対策

いきまあーす!

みんなにも
できることがあるんだ

あなたにできること

- 感染を防ぐために、日頃から手洗い・咳エチケットをする
- 医療機関などで、☒ 症状を医師に詳しく伝える
☒ 分からないことは医師や薬剤師に聞く
☒ 量と期間を守って最後まで抗生物質・抗菌薬を服用する

厚生労働省 AMR
Global Antibiotic Resistance Campaign

詳しくはこちら

非売品

※AMRとは、菌の体質が変化して抗生物質・抗菌薬が効かなくなることです

厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000120172.html>) より

抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。

感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)



[算定要件]

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が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 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
 - 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症診療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微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
- いずれか1名は専従であること。また、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。

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



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

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

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－１－５) 感染防止対策加算の要件の見直し

Ⅱ－１－５) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

Ⅱ－１－５) 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

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 一般名処方加算の見直し

Ⅳ－２ 後発医薬品使用体制加算の見直し

Ⅳ－２ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 入院中等の減薬の取組みの評価

Ⅳ－２ 向精神薬処方の適正化

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

第1 基本的な考え方

薬剤耐性菌対策は国際的にも重要な課題となっており、様々な対策が進められている。外来診療等における抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上のため、地域包括診療料等及び薬剤服用歴管理指導料について、以下のように見直す。

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

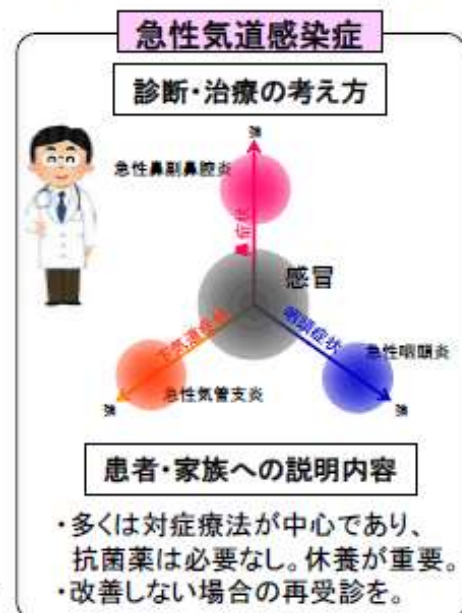
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

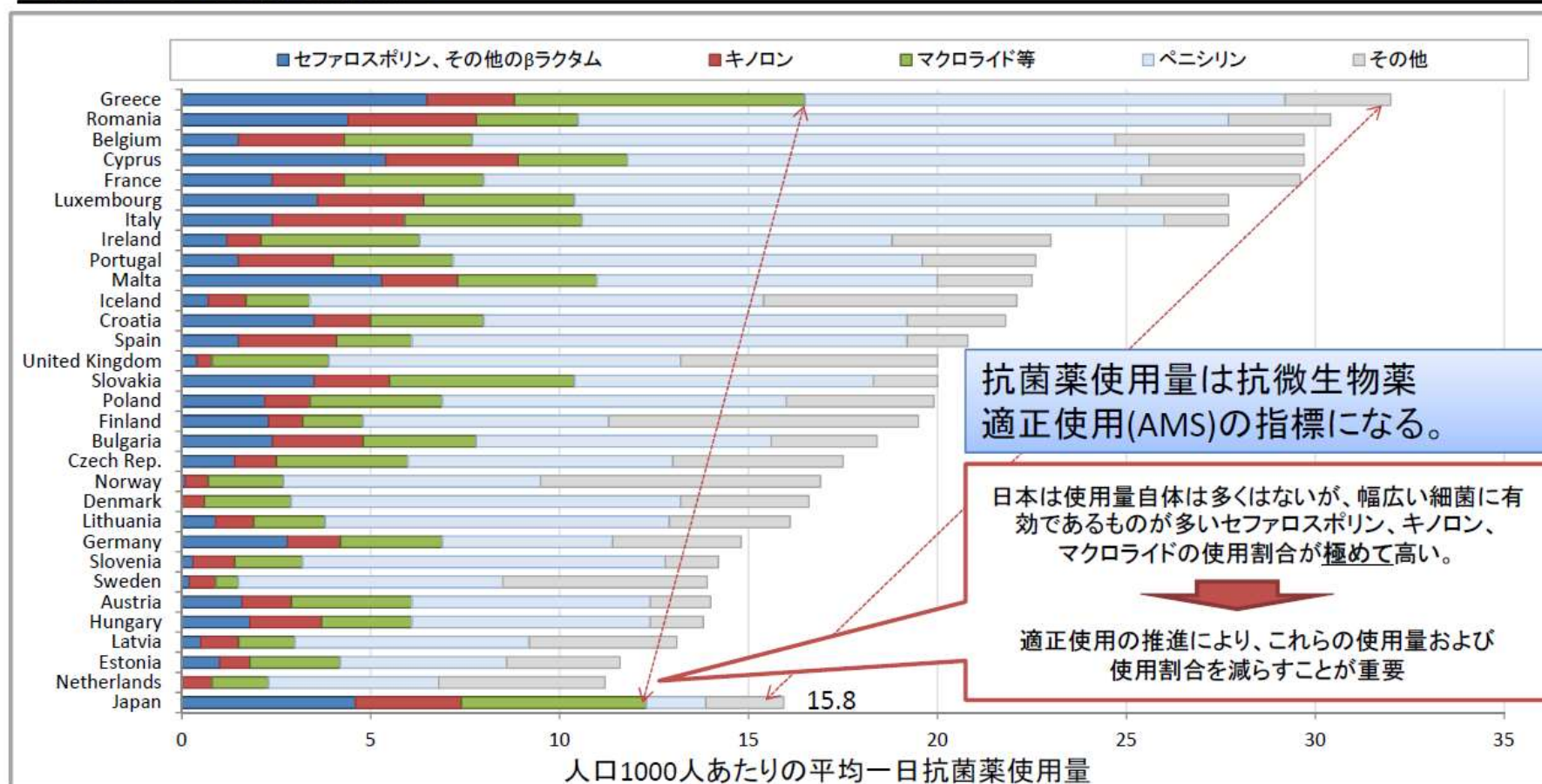
外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

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



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・流通过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

中央社会保険医療協議会総会(2017年12月1日)資料

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－１－５) 感染防止対策加算の要件の見直し

Ⅱ－１－５) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

Ⅱ－１－５) 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

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 一般名処方加算の見直し

Ⅳ－２ 後発医薬品使用体制加算の見直し

Ⅳ－２ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 入院中等の減薬の取組みの評価

Ⅳ－２ 向精神薬処方の適正化

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

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。

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

- 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

(新) 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(入院初日)
ロ 医療安全対策地域連携加算2	20点(入院初日)

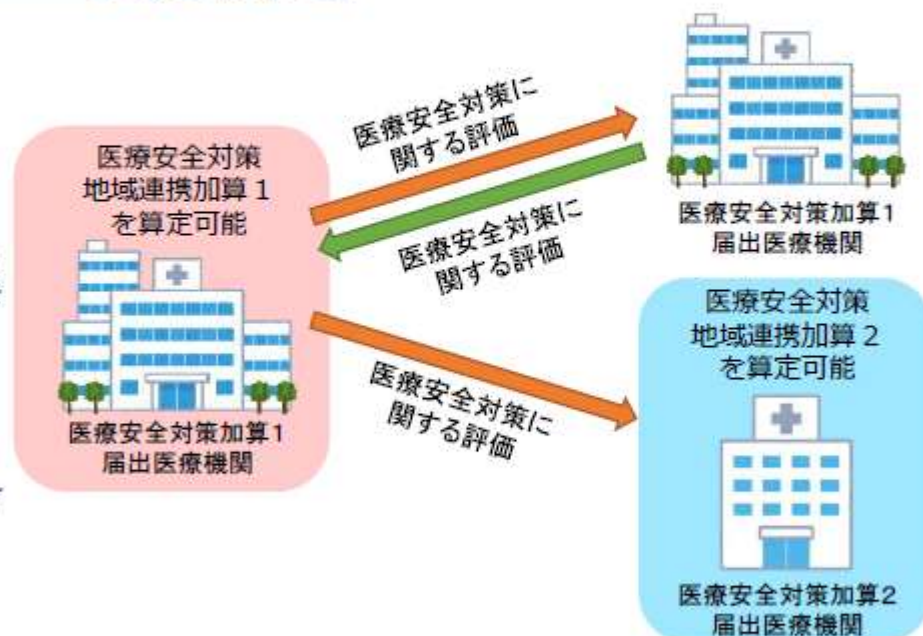
[施設基準]

医療安全対策地域連携加算1

- 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- 医療安全対策加算1の届出を行っていること。
- 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。
- 医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

医療安全対策地域連携加算2

- 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- 医療安全対策加算2の届出を行っていること。
- 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



現行	
1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	35点



改定後	
1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	<u>30点</u>

145

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－１－５) 感染防止対策加算の要件の見直し

Ⅱ－１－５) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

Ⅱ－１－５) 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

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 一般名処方加算の見直し

Ⅳ－２ 後発医薬品使用体制加算の見直し

Ⅳ－２ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 入院中等の減薬の取組みの評価

Ⅳ－２ 向精神薬処方の適正化

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)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。

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。

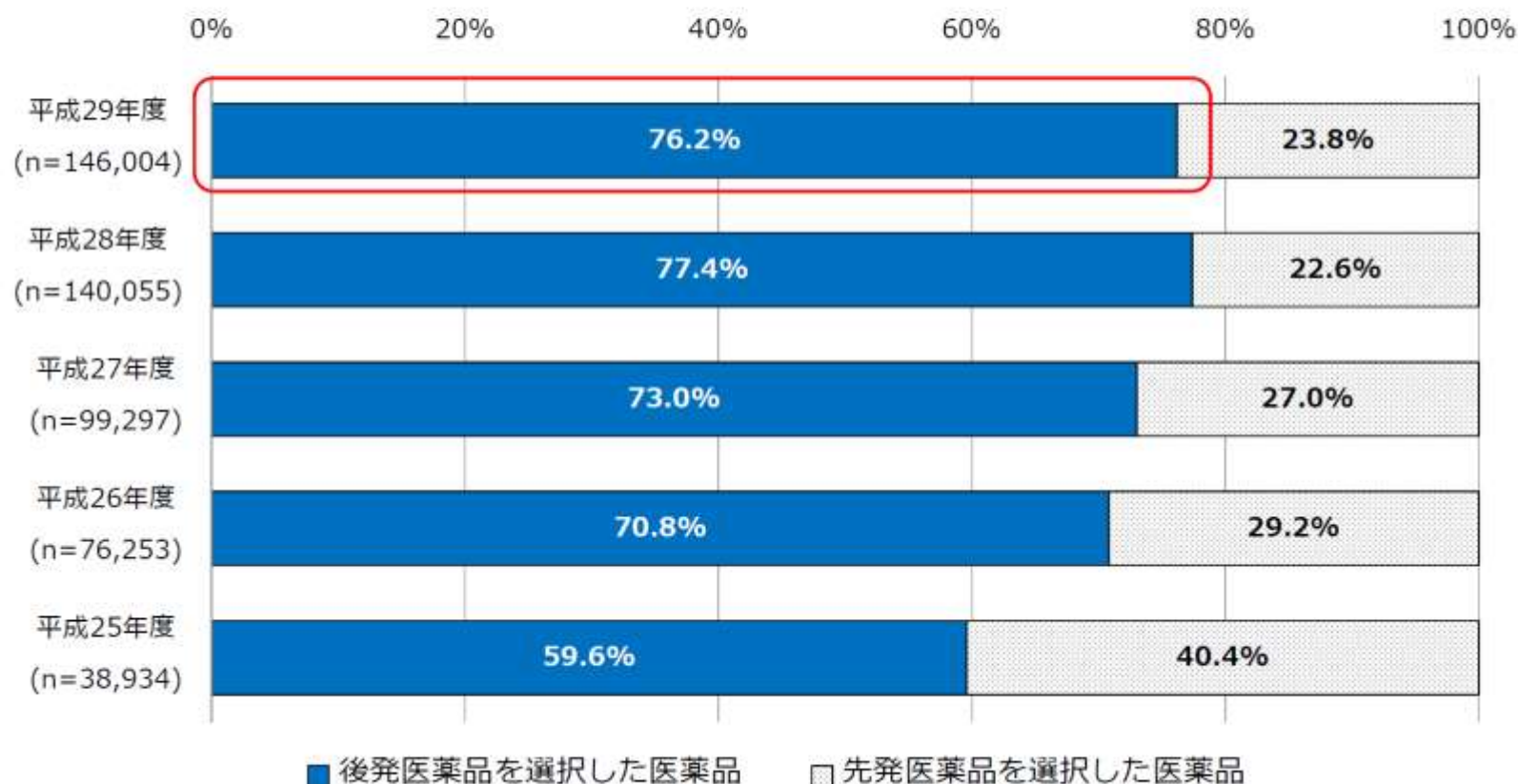
後発医薬品の銘柄を指定して処方する際の取扱い【医科】

- 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



後発医薬品使用体制加算の見直し

- 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。

現行			改定後	
一般名処方加算1	3点		一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	2点		一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 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。

現行			改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点		後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点		後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点		後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
			後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行			改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点		外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点		外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
			外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、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し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)

173

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－１－５) 感染防止対策加算の要件の見直し

Ⅱ－１－５) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

Ⅱ－１－５) 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

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 一般名処方加算の見直し

Ⅳ－２ 後発医薬品使用体制加算の見直し

Ⅳ－２ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 入院中等の減薬の取組みの評価

Ⅳ－２ 向精神薬処方の適正化

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

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

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

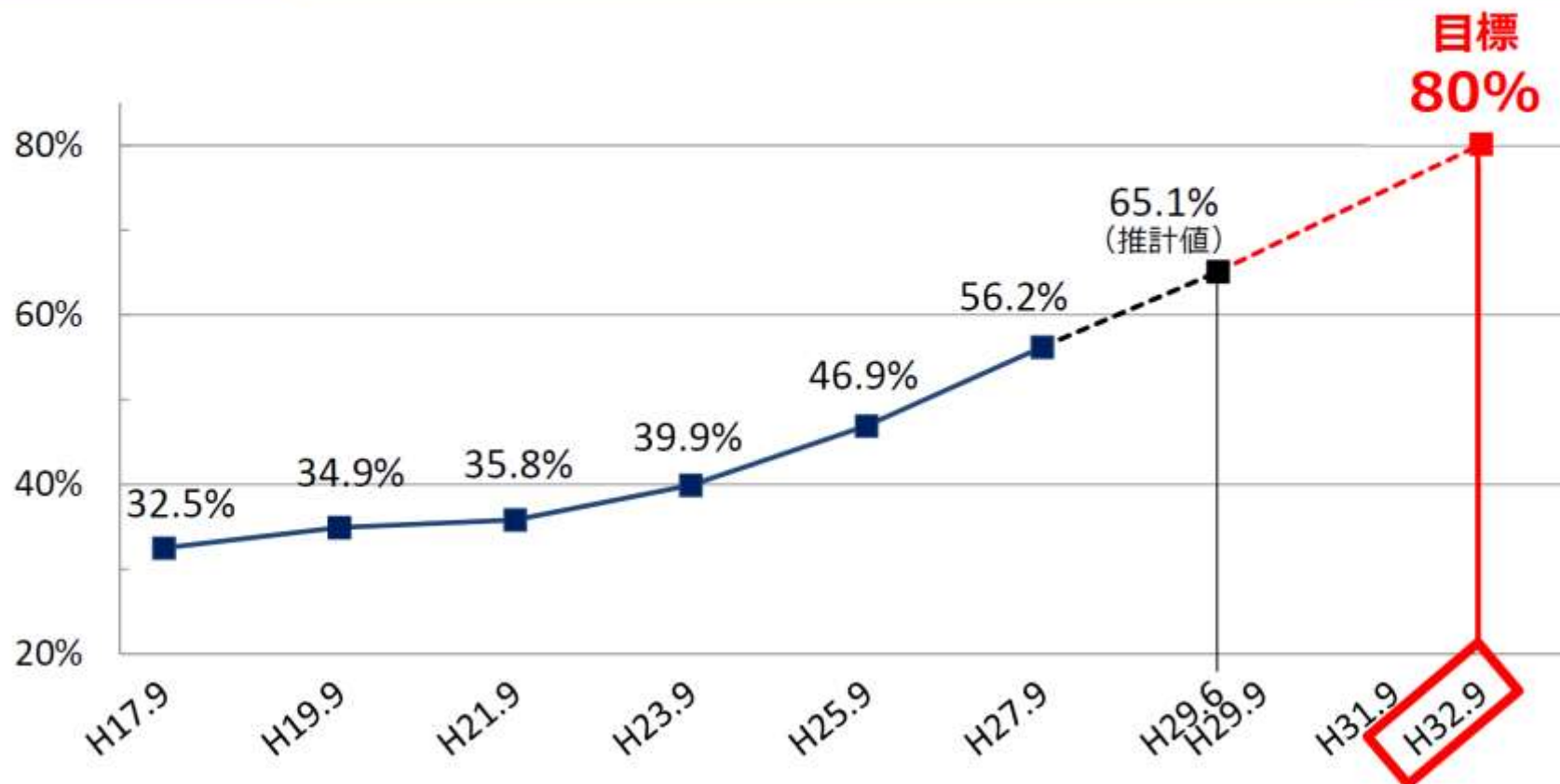
$$\text{基準値 (カットオフ値)} = \frac{\text{後発医薬品の数量} + \text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}}{\text{すべての医薬品の数量 (「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除く)}}$$

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

- 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。

現行			改定後	
一般名処方加算1	3点		一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	2点		一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 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。

現行			改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点		後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点		後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点		後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
			後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行			改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点		外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点		外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
			外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、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し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)

173

平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料

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30年厚生労働省告示第43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30年厚生労働省告示第43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。

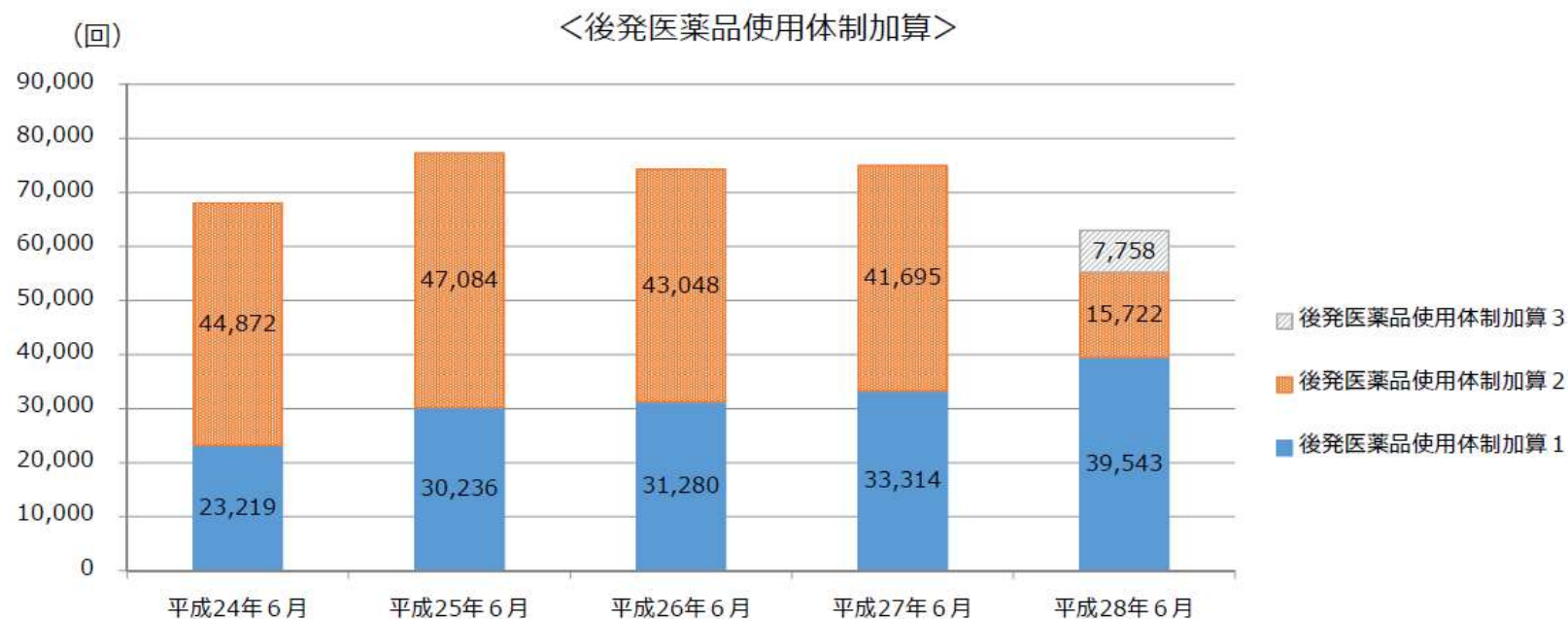
処方料

(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＞

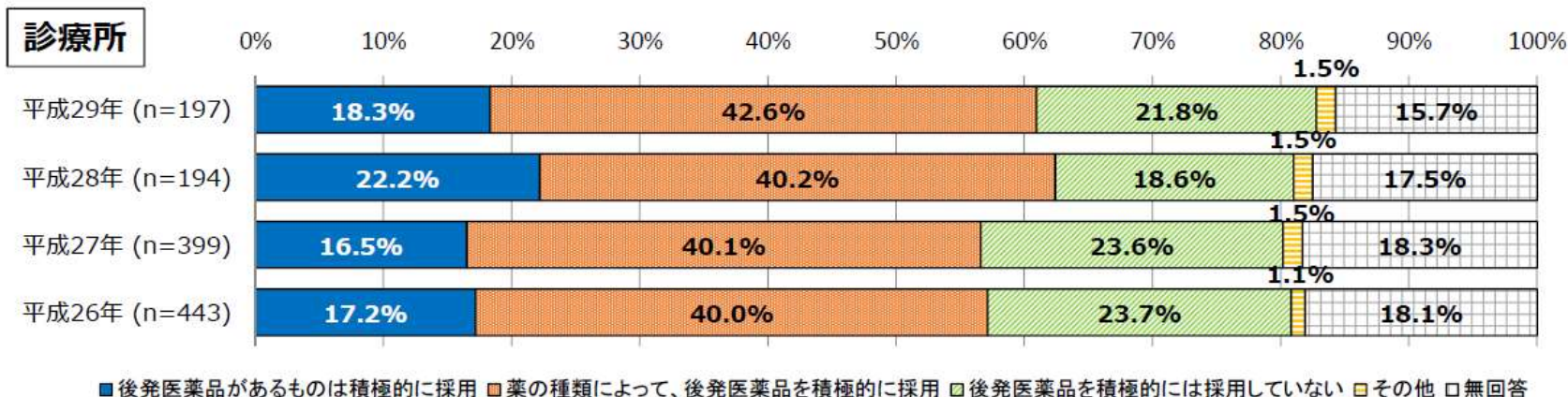
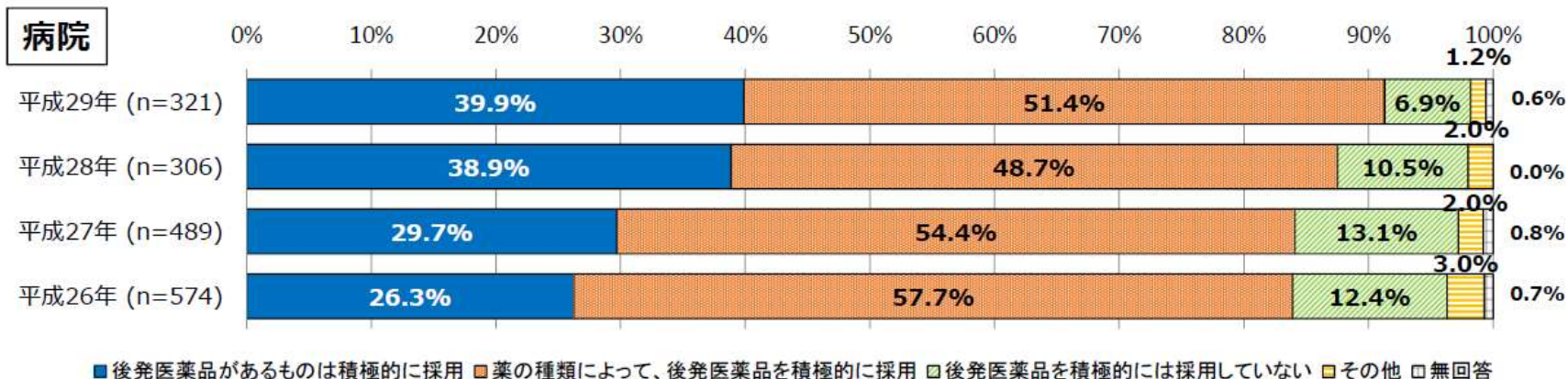
	平成28年 6月
処方料 外来後発医薬品使用体制加算 1	3,107,131
処方料 外来後発医薬品使用体制加算 2	943,730

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

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－１－５) 感染防止対策加算の要件の見直し

Ⅱ－１－５) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

Ⅱ－１－５) 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

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 一般名処方加算の見直し

Ⅳ－２ 後発医薬品使用体制加算の見直し

Ⅳ－２ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 入院中等の減薬の取組みの評価

Ⅳ－２ 向精神薬処方の適正化

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

後発医薬品使用体制加算の見直し

- 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。

現行		改定後	
一般名処方加算1	3点	一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	2点	一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 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。

現行		改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点	後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点	後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点	後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
		後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行		改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点	外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点	外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
		外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、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し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)

173

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。

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－１－５) 感染防止対策加算の要件の見直し

Ⅱ－１－５) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

Ⅱ－１－５) 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

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 一般名処方加算の見直し

Ⅳ－２ 後発医薬品使用体制加算の見直し

Ⅳ－２ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 入院中等の減薬の取組みの評価

Ⅳ－２ 向精神薬処方の適正化

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

入院中等の減薬の取組みの評価

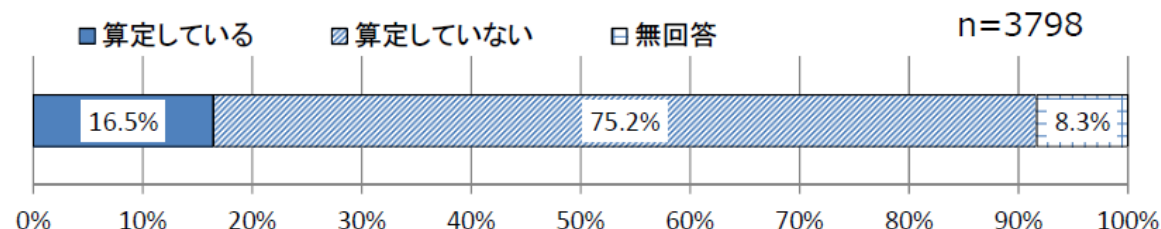
第1 基本的な考え方

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。

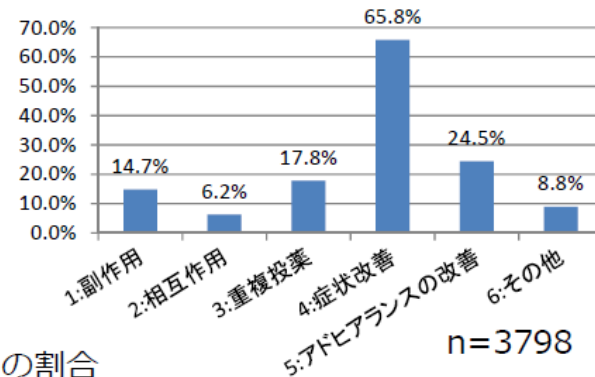
薬剤総合評価調整加算に係る業務の実施

- 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

医薬品の適正使用の推進

入院中等の減薬の取組みの評価

- 入院患者に対する減薬に係る取組実績を踏まえ、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」の算定を可能とする。

＜参考＞ 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点

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



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

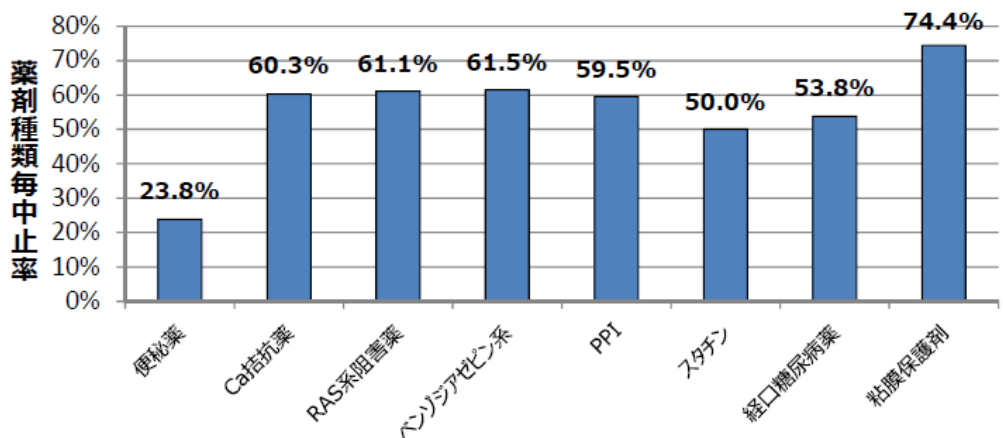
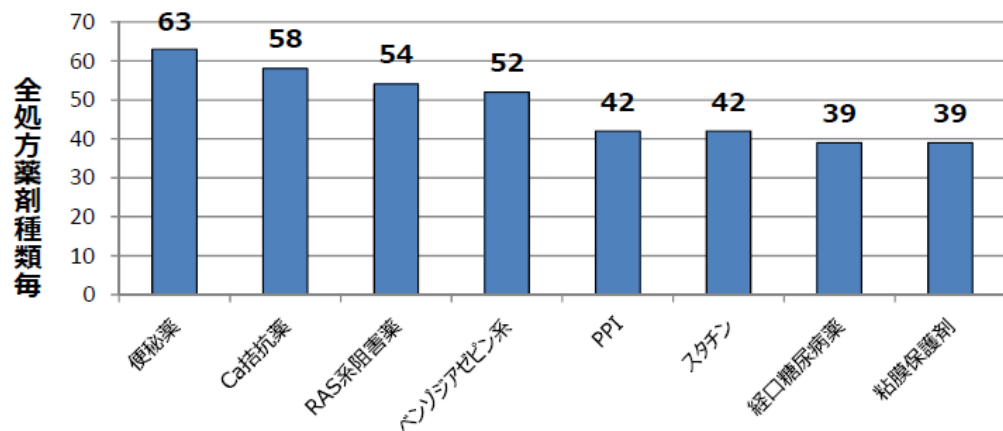
○ 入院中に減薬し、必要な経過観察を行ったうえで、退院後の診療を担うかかりつけ医等に情報提供している例もある。

- 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 %**



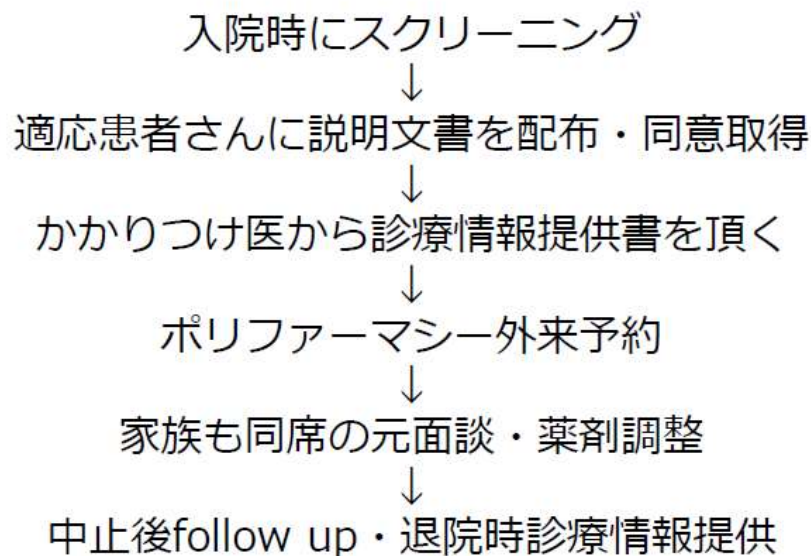
44

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、着々と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

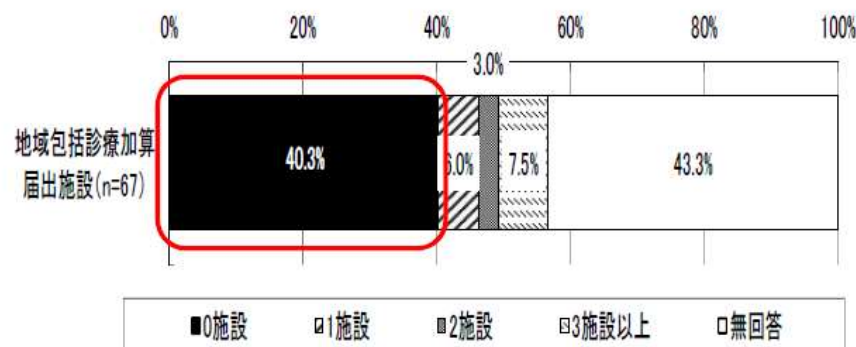
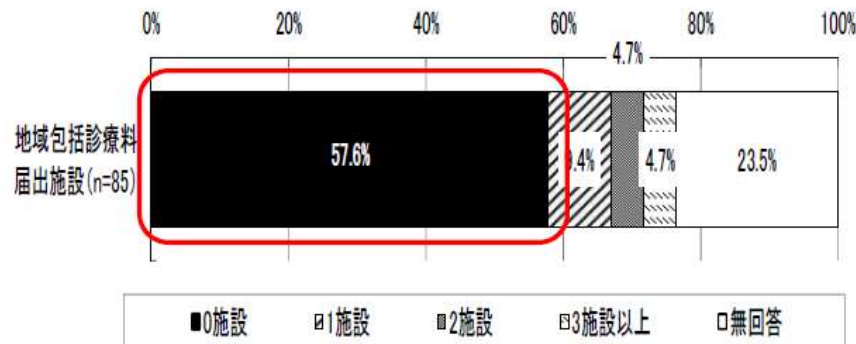
中央社会保険医療協議会総会(2017年12月1日)資料

再掲

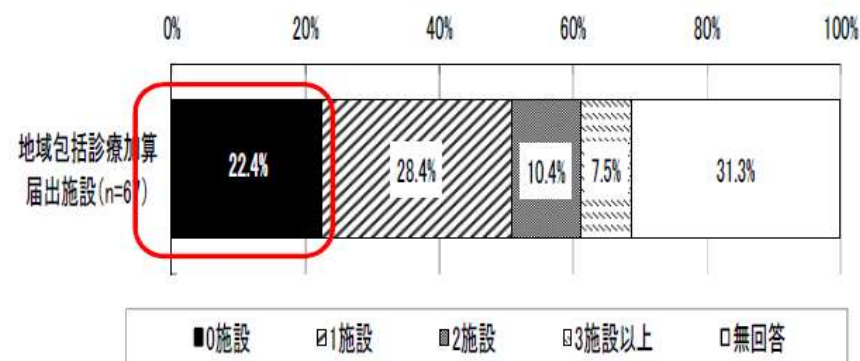
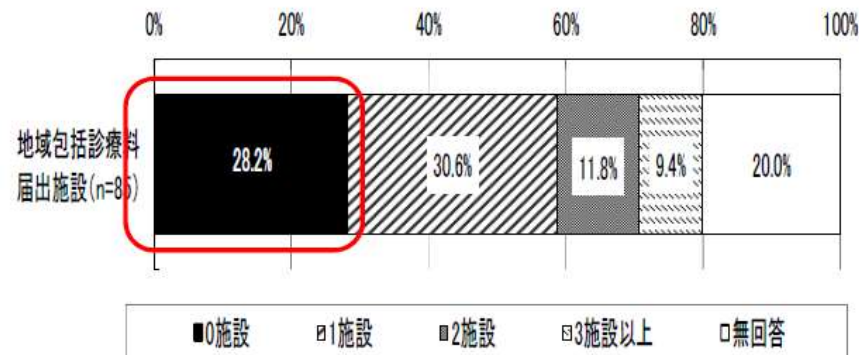
他の医療機関・薬局との連携の状況

- 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)



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－１－５) 感染防止対策加算の要件の見直し

Ⅱ－１－５) 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

Ⅱ－１－５) 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

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 一般名処方加算の見直し

Ⅳ－２ 後発医薬品使用体制加算の見直し

Ⅳ－２ DPC対象病院における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 入院中等の減薬の取組みの評価

Ⅳ－２ 向精神薬処方の適正化

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

向精神薬処方適正化

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。

医薬品の適正使用の推進

向精神薬処方適正化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

【処方料・処方せん料】

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又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合

処方料	20点
処方せん料	30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、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

改定後

【処方料・処方箋料】

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

処方料	18点
処方箋料	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。

- ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬を、1年以上同一の用法・用量で継続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) 処方料 29点

(新) 処方箋料 40点

[算定要件]

平成30年4月以降の処方において、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬等を1年以上連続して同一の用法・用量で処方している場合(ただし、不安若しくは睡眠障害に係る適切な研修等を修了した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を除く。)

医薬品の適正使用の推進

向精神薬処方 of 適正化②

- 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職員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) 向精神薬調整連携加算 12点

処方箋料

(新) 向精神薬調整連携加算 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ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬を1年以上同一の用法・用量で継続処方していた患者であって、直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日あたり用量が減少したものについて、薬剤師(処方料については薬剤師又は看護職員)に処方内容の変更に伴う状態の変化の確認を指示した場合

精神科領域において使われる薬について

向精神薬

○睡眠を促したり、気分や不安感を安定させたりするなど、精神面に作用する薬物の総称

抗精神病薬

- ・主に統合失調症に効能のある薬剤
- ・幻聴や妄想に対して効果がある

定型：クロルプロマジン（CPZ）等

非定型：リスペリドン等
定型に比べ副作用が少ない。

抗不安薬

- ・不安に対し効果が認める薬剤

睡眠薬

- ・睡眠を促す効果を認める薬剤

その他

抗うつ薬、気分安定薬等

向精神薬には、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬その他が含まれる

ベンゾジアゼピン等の依存性に関する調査

- ベンゾジアゼピンについては、承認用量の範囲内においても、連用により薬物依存が生じることがあると指摘されている。

＜調査品目＞

催眠鎮静薬（「不眠症」又は「睡眠障害」のいずれかを適応症に含む医薬品）、抗不安薬及び抗てんかん薬のうち、使用上の注意に「依存性」、「薬物依存」又は「離脱症状」（ただし、経胎盤は除く）の副作用が記載されている医薬品

＜国内副作用報告を分析した結果の概要＞

- 1日投与量が承認用量を超え、かつ投与期間が15日以上
の症例に比べ、1日投与量が承認用量範囲内で、かつ、投与
期間が15日以上の症例が多い。
- 1日投与量が承認用量範囲内の症例において、投与期間が
14日以内の症例よりも15日以上
の症例の方が多かった。

依存関連事象の件数（上位5品目）

エチゾラム	720件
アルプラゾラム	179件
トリアゾラム	163件
ゾルピデム酒石酸塩	129件
クロチアゼパム	121件

＜添付文書における「使用上の注意」改訂＞

連用により薬物依存を生じることがあるので、漫然とした継続投与による長期使用を避けること。本剤の投与を継続する場合には、治療上の必要性を十分に検討すること。

依存性：連用により薬物依存を生じることがあるので、観察を十分に行い、用量及び使用期間に注意し慎重に投与すること。また、連用中における投与量の急激な減少ないし投与の中止により、振戦、痙攣発作、不眠等の離脱症状があらわれることがあるので、投与を中止する場合には、徐々に減量するなど慎重に行うこと。

（出典：平成29年3月17日薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会 資料1－4 PMDAによる調査結果報告書をもとに作成）

海外におけるベンゾジアゼピンの投与期間制限

- 海外では、効果及び依存形成のリスクからベンゾジアゼピンの投与期間が制限されている場合がある。

	投与期間等の考え方
英国 医薬品・衣料製品規制庁 医薬品安全委員会	○重度の不安に対しベンゾジアゼピンは短期間での使用(2～4 週までに留める)と限定(1988年) ○漸減期間を含め処方期間は最長で4 週までと改めて注意喚起(2011 年7 月)
フランス 国立医薬品・医療製品安全庁(2012年)	○ベンゾジアゼピン誤用の低減のためのアクションプランを発表 ○不眠治療に対しては4 週まで、不安治療に対しては12 週までという継続処方期間の制限を設定
カナダ 保健省(1982年)	○ベンゾジアゼピンの抗不安作用に関して、投与開始2～4 週以降は効果が期待できないため、1～2 週間の投与期間を推奨。 ○ベンゾジアゼピンの依存性に関しては多数の研究結果から、ジアゼパムでは投与開始2 週間～4 ヶ月で依存が形成されると推測
デンマーク 国家保健委員会(2007 年)	○依存性薬物の処方に関するガイダンスを発表 ○ベンゾジアゼピンの処方、不眠治療に対しては1～2 週間、不安治療に対しては4 週間の投与期間とすることを推奨。

(出典:平成29年3月17日薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会 資料1-4 PMDAによる調査結果報告書をもとに作成)

抗不安薬・睡眠薬の投薬期間の取り扱い

○不眠や不安に適応のある薬剤のうち、多くの薬剤は、投薬期間の上限が30日となっている。

【3剤以上を処方時に処方せん料等が減算となる抗不安薬及び睡眠薬】

抗不安薬			
麻薬及び向精神薬取 締法上の「向精神薬」	14日上限	クロラゼパム（メンドン）	
	30日上限	アルプラゾラム（コンスタン）、エチゾラム（デパス）、オキサゾラム（セレナール）、クロキサゾラム（セパゾン）、クロチアゼパム（リーゼ）、クロルジアゼポキシル（コントロール）、フルジアゼパム（エリスパン）、プロマゼパム（レキソタン）、メダゼパム（レスミット）、ロフラゼパム（メイラックス）、ロラゼパム（ワイパックス）	
	90日上限	ジアゼパム（セルシン）	
その他	（上限日数なし）	ガンマオリザノール（ハイゼット）、タンドスピロンエン酸塩（セディール）、トフィソパム（グランダキシン）、ヒドロキシジン塩酸塩（アタラックス）、ヒドロキシジンパモ酸塩（アタラックスP）、フルタゾラム（コレミナール）、フルトラゼパム（レスタス）、メキサゾラム（メレックス）	

睡眠薬			
麻薬及び向精神薬取 締法上の「向精神薬」	14日上限	アモバルビタール（イソミタール）、バルビタール（バルビタール）、ペントバルビタールカルシウム（ラボナ）	
	30日上限	エスタゾラム（ユーロジン）、クアゼパム（ドラール）、クロルプロマジン・プロメタジン配合剤（ベゲタミン）、ゾピクロン（アモバン）、ゾルピデム酒石酸塩（マイスリー）、トリアゾラム（ハルシオン）、ニメタゼパム（エリミン）、ハロキサゾラム（ソメリン）、フルニトラゼパム（サイレース）、フルラゼパム塩酸塩（ダルメート）、プロチゾラム（レンドルミン）、メベンゾラート・フェノバルビタール配合剤（トランコロルP）、ロルメタゼパム（エバミール）	
	90日上限	ニトラゼパム（ベンザリン）、フェノバルビタール（フェノバル）	
その他	（上限日数なし）	エスゾピクロン（ルネスタ）、スボレキサント（ベルソムラ）、トリクロホスナトリウム（トリクロリール）、プロモパレリル尿素（プロバリン）、抱水クロラール（抱水クロラール）、ラメルテオン（ロゼレム）、リルマザホン塩酸塩水和物（リスミー）	

参考

平成26年度診療報酬改定

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方の適正化①

平成26年度 改定前

精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。

処方せん料 68点

処方料 42点

薬剤料

平成26年度 改定後

精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定しない。

処方せん料(多剤投与の場合) 30点

処方料(多剤投与の場合) 20点

薬剤料(多剤投与の場合) 100分の80

※ただし、以下の場合は向精神薬多剤投与として扱わない。

(イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。

(ロ) 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ヶ月間。

(ハ) 臨時に投与した場合。

(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(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。

※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。

※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

参考

平成28年度診療報酬改定(質の高い精神医療の評価)

向精神薬の適切な処方促進

➤ 抗精神病薬等の適切な処方を促す観点から、多剤・大量処方が行われている患者に対する診療報酬上の評価を見直す。

処方料、薬剤料、処方せん料

平成28年度 改定前

処方料、薬剤料、処方せん料

3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。

- ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合
- ② 薬剤を切り替える場合
- ③ 臨時に投薬する場合
- ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師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

処方料 20点
薬剤料 所定点数の100分の80

処方せん料 30点

現行

処方料、薬剤料、処方せん料

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又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。

- ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合
- ② 薬剤を切り替える場合
- ③ 臨時に投薬する場合
- ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師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(3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合に限る。)

処方料 20点
薬剤料 所定点数の100分の80(※)
※抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る
処方せん料 30点



通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、以下の①から③の全てを満たす場合を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定。

- ① 当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満(※1)である。
- ② 当該患者に対して、適切な説明、残薬の確認、副作用の評価、減薬の可能性の検討が行われている。
- ③ 当該処方が臨時の投薬等のもの、又は患者の病状等によりやむを得ず投与するもの(※2)である。

※1 平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に過去3月の実績を報告。ただし、平成28年7月は改定前の方法、様式による報告でも可とし、平成28年9月までは全ての保険医療機関が①を満たすものとして扱う。

※2 処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師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」に限る。ただし、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。

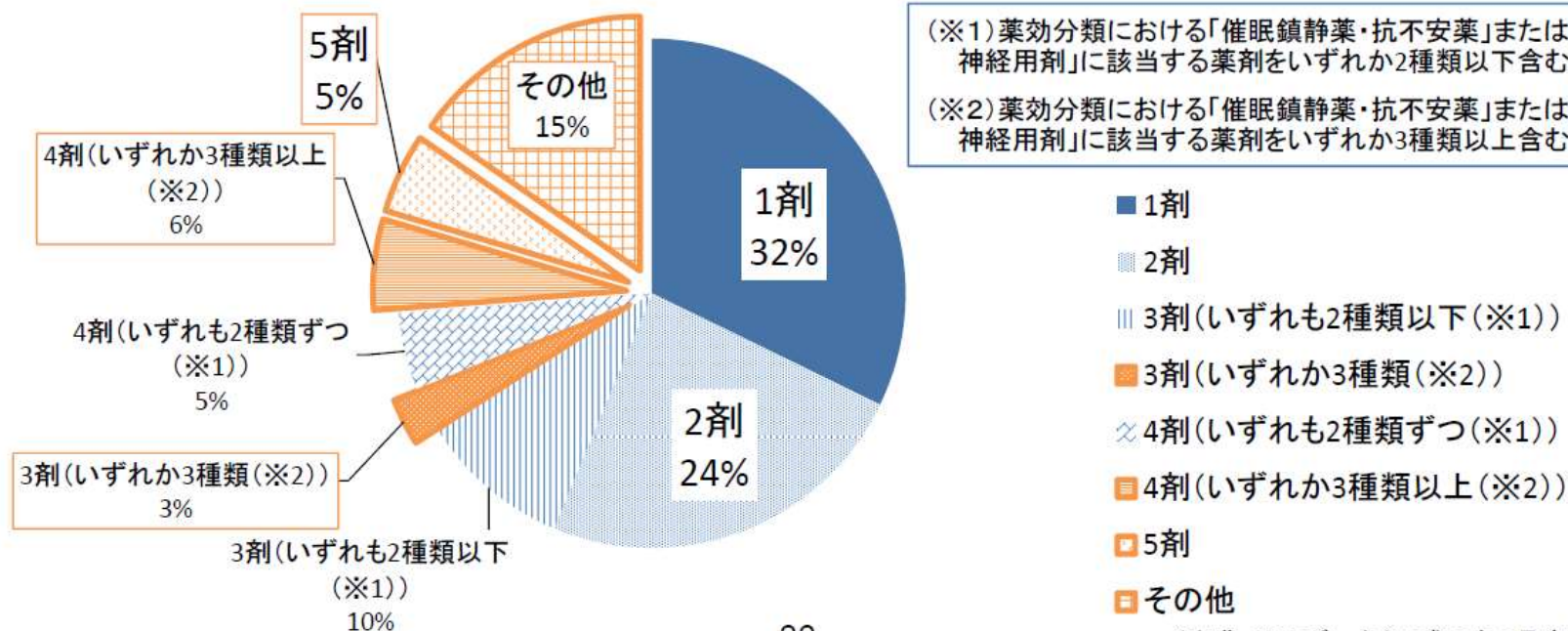
向精神薬の処方剤数と処方内容①

○ 外来レセプト及び調剤レセプトにおいて、処方料等が減算となる場合がある「催眠鎮静薬・抗不安薬」又は「精神神経用剤」いずれか3剤以上の処方を含む処方、全体の29%だった。

	算定件数	算定回数	処方料・処方せん料全体に占める割合	
向精神薬多剤処方時の処方料	14,779件	19,224回	(件数)0.09%	(回数)0.09%
向精神薬多剤処方時の処方せん料	96,618件	122,639回	(件数)0.2%	(回数)0.2%

(出典:社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分))

＜外来レセプト及び調剤レセプトにおける向精神薬の処方剤数＞



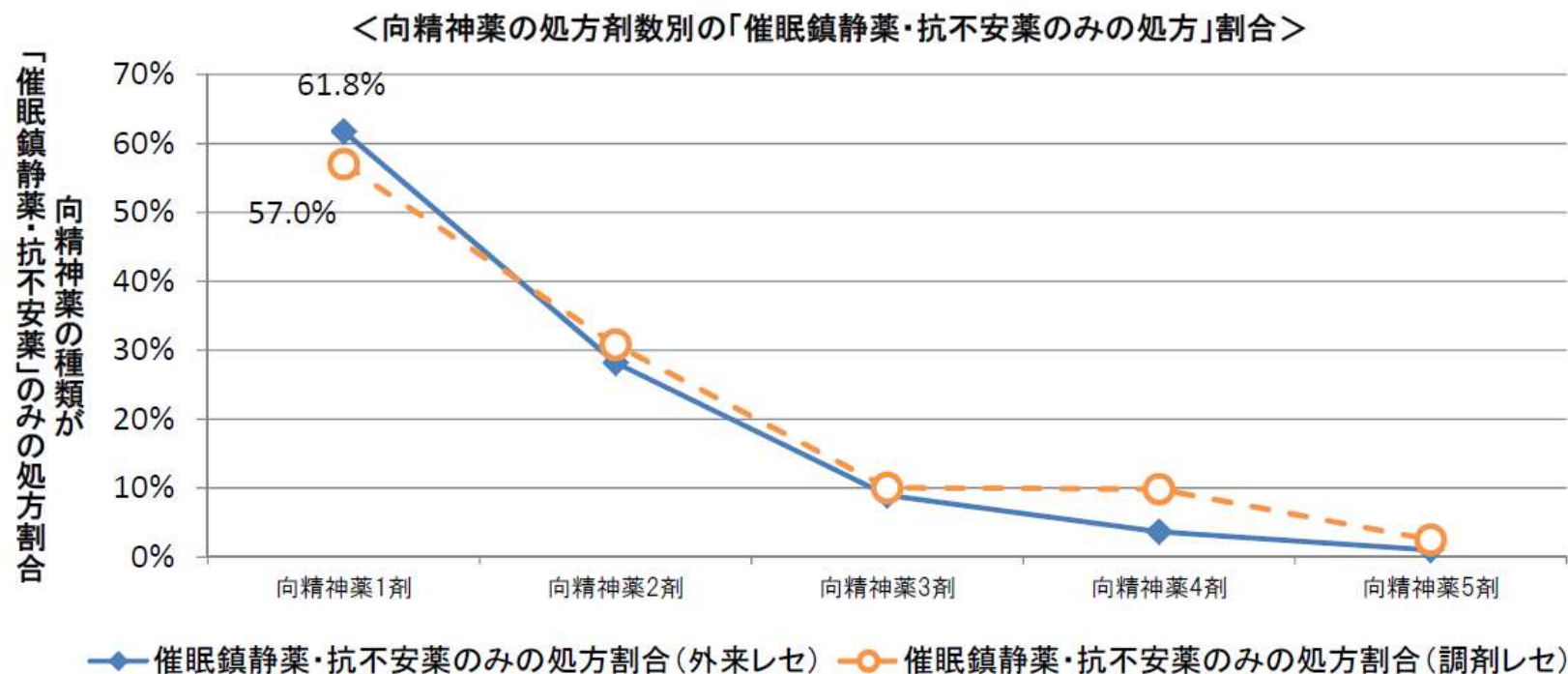
(出典:NDBデータ(平成28年6月審査分))

中央社会保険医療協議会総会(2017年10月18日)資料

向精神薬の処方剤数と処方内容②

- 外来レセプト・調剤レセプトとも、向精神薬(※)の処方剤数が少ないほど、「催眠鎮静薬・抗不安薬のみの処方」が占める割合が多かった。
- 向精神薬1剤のみの処方の場合、60%前後が「催眠鎮静薬・抗不安薬のみの処方」だった。

(※)薬効分類における「催眠鎮静薬・抗不安薬」または「精神神経用剤」に該当する薬剤



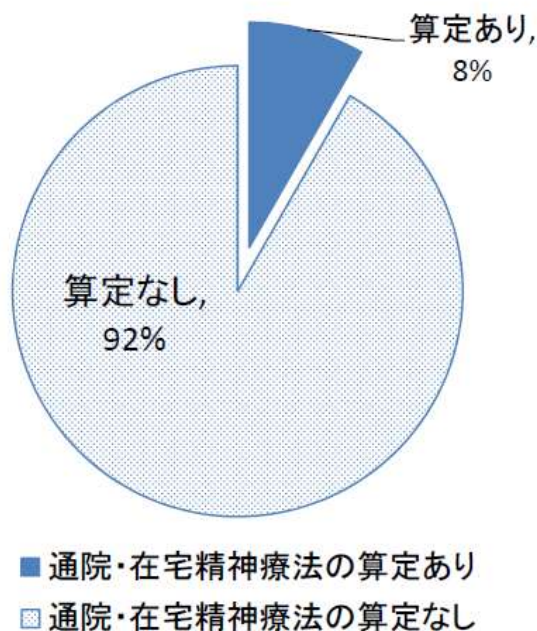
(出典:NDBデータ(平成28年6月審査分))

向精神薬の処方に係る通院・在宅精神療法の算定状況

- 外来レセプトで向精神薬(※)1剤を処方された患者のうち、精神療法を算定する患者は10%未満だった。
- 国内副作用報告で、依存関連事象の多い上位5品目を処方していた調剤レセプトのうち、外来レセプトで通院・在宅精神療法を算定していた割合は、21~55%だった。

(※)薬効分類における「催眠鎮静薬・抗不安薬」または「精神神経用剤」に該当する薬剤

通院・在宅精神療法の算定状況
(向精神薬1剤のみの処方を含む外来レセ)



通院・在宅精神療法の算定状況
(依存関連事象の多い上位5品目を含む調剤レセを抽出し、
名寄せした外来レセにおける算定割合を算出)

調剤レセプト上の 処方薬	外来レセプト上の精神 療法の算定割合
エチゾラム	22.6%
アルプラゾラム	54.7%
トリアゾラム	29.2%
ゾルピデム酒石酸塩	20.9%
クロチアゼパム	31.7%

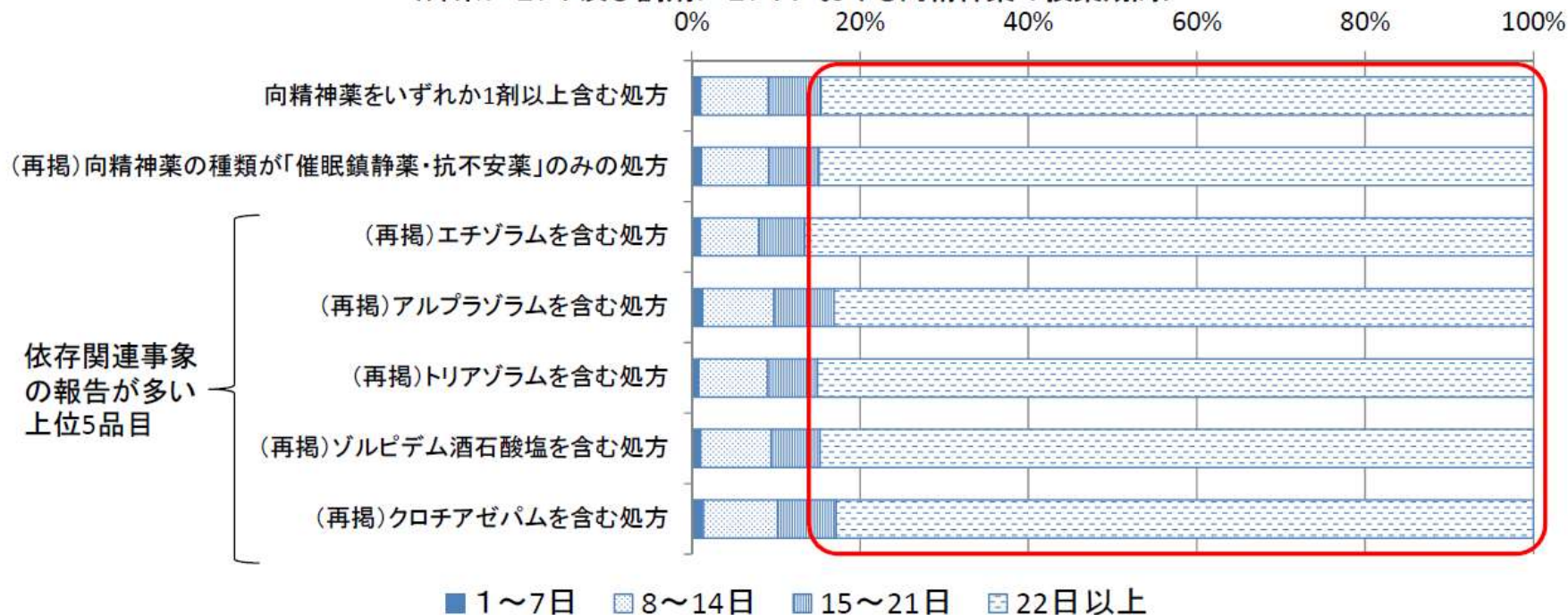
(出典:NDBデータ(平成28年6月審査分))

向精神薬の投薬期間の状況

- 外来レセプト及び調剤レセプトで向精神薬(※)を1剤以上含む処方投薬期間を見ると、80%以上が22日以上
- 依存関連事象の報告が多い上位5品目のベンゾジアゼピンについても同様だった。

(※)薬効分類における「催眠鎮静薬・抗不安薬」または「精神神経用剤」に該当する薬剤

＜外来レセプト及び調剤レセプトにおける向精神薬の投薬期間＞



参考

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

- 1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

- 3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(医療と介護の連携)

- 9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、
- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
 - ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
 - ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

- 10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

(データの利活用)

- 11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。
- 13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 14 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見③

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(後発医薬品の使用促進)

- 15 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、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策について引き続き検討すること。

(薬価制度の抜本改革)

- 16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。
また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

(費用対効果評価)

- 17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

(明細書の無料発行)

- 18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

(その他)

- 20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

施設基準の届出について

お願い

- 平成30年4月1日から算定を行うためには、**平成30年4月16日(月曜日)必着**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますのでご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。



指導・監査に関するお願い

ご存じですか？ 診療報酬請求における留意点

- 診療報酬のルールをよく理解し、勝手な解釈に基づいて請求しないようにお願いします。
- 診療報酬点数表をよく確認し、不明な点は厚生(支)局にお問い合わせください。

例えば、既に保険適応されている胸腔鏡、腹腔鏡下手術以外で胸腔鏡、腹腔鏡を用いる場合は、その都度当局に内議し、準用が通知されたもののみが保険適応になります。

- 地方厚生(支)局が実施する説明会や指導に出席をお願いします。
- 施設基準の届出事項に変更が生じた場合には速やかに届出を行ってください。
- 個別指導を受けた保険医療機関において、医療コンサルタントが不正請求隠しを指南している等の報道がみられました。仮に、不正請求指南等に関する気づいたことがあれば、厚生(支)局に連絡をお願いします。

保険診療における指導・監査のホームページ

診療報酬請求に係るルールの理解を促進し、保険診療や保険調剤の質的向上や適正化の推進を図ることを目的に指導監査に関する情報が掲載されています。

〈主な内容〉

集団指導用資料、特定共同指導・共同指導における指摘事項、関係法令等

〈保険診療における指導・監査HP〉

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu_hoken/shidou_kansa.html

以下は基本的な内容ですが、念のためのおさらいです。

保険診療とは

- 健康保険法等の医療保険各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の公法上の契約である。
- 保険医療機関の指定、保険医の登録は、医療保険各法等で規定されている 保険診療のルールを熟知していることが前提となっている。

保険診療として診療報酬が支払われるには

- ✓保険医が ✓保険医療機関において ✓健康保険法、医師法、歯科医師法、医療法等の各種関係法令の規定を遵守し ✓『療養担当規則』の規定を遵守し ✓医学的に妥当 適切な診療を行い✓診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っている

療養担当規則とは

正式名：『保険医療機関及び保険医療養担当規則』（厚生労働省令）



保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で守らなければならない基本的な規則

191

保険医

- 保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、**保険医**でなければならない。
(健康保険法第64条)
- 医師の申請に基づき厚生労働大臣が登録。(法第71条)
- 『**厚生労働省令**』で定めるところにより、健康保険診療に当たらなければならない。
(法第72条)
- 保険医は、健康保険の診療に関し、厚生労働大臣の**指導を受けなければならない**。
(法第73条)

保険医療機関

- 病院または診療所の開設者の申請により厚生労働大臣が指定する。
(健康保険法第65条)
- 『**厚生労働省令**』で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない。
(法第70条)
- 療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。
(法第76条)

指導

- 「保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させること」
(指導大綱)
- 指導後の措置(個別指導の場合)
概ね妥当 < 経過観察 < 再指導 < 要監査

監査

- 「保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ること」(監査要綱)

指導、監査等実施状況(平成28年度)

- 監査を受けた保険医療機関・保険医等 74施設 263人
- 登録・指定の取消(取消相当含む)を受けた保険医療機関・保険医等 27施設 21人
- 指導、適時調査、監査により返還を求めた金額は約89億
(医科・歯科・調剤を含む)