

# 平成26年度調剤報酬改定及び 薬剤関連の診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

## 平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37年)に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

全体改定率	+0.10%	※( )内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分
診療報酬(本体)	+0.73%(+0.63%)	【約3,000億円(約2,600億円)】
内科	+0.82%(+0.71%)	【約2,600億円(約2,200億円)】
歯科	+0.99%(+0.87%)	【約300億円(約200億円)】
調剤	+0.22%(+0.18%)	【約200億円(約100億円)】
薬価改定	▲0.58%(+0.64%)	【▲約2,400億円(約2,600億円)】
材料価格改定	▲0.05%(+0.09%)	【▲約200億円(約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

## 社会保障制度改革国民会議

医療・介護分野の改革

平成25年8月6日  
社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)

■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかが重要となる。

## 平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

### 基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

### 重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等  
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

### 改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点  
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点  
医療安全対策の推進等、患者データの提出等
- 医療従事者の負担を軽減する視点  
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点  
後発医薬品の使用促進等

### 将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37年)に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

# 平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

## 重点課題

### 社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

## 重点課題への対応

### 重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

#### 1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

#### 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

#### 3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

#### 4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

# 地域包括ケアシステム

## 地域包括ケアシステムのイメージ



### 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須

#### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

#### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

#### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

#### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や検閲など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

#### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専費を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

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

## 基本的な考え方

### <現在の姿>



### <高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

### <回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

### <長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

### <その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

### <外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

### <在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

### <2025年(平成37年)の姿>



### 外来医療

### 在宅医療

# 平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

1. 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価(地域包括診療料・地域包括診療加算)の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
  - (1) 一般病床入院基本料(7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等)の見直し
  - (2) 特定集中治療室管理料の見直し
  - (3) 総合入院体制加算の見直し
  - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
  - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。
5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
  - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
  - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
  - (3) 歯科訪問診療の診療時間等
  - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
  - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

## 平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
8. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確保・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、受給率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。
14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。
15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

## 平成26年度薬剤関連の診療報酬改定の概要

1. 病棟薬剤業務実施加算の制限緩和
2. 在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一
3. がん患者指導管理の充実
4. 外来化学療法の評価の見直し
5. DPCの見直し  
(後発医薬品指数の導入、持参薬の算定ルール)
6. その他

(主治医機能の評価、大病院の紹介率・逆紹介率 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化、うがい薬だけを処方する場合の取扱い)

## 平成24年度診療報酬改定における薬剤師の病棟業務の改定内容①

### 薬剤師の病棟業務の考え方

(すでに評価済のもの) (薬剤管理指導料・週1回430点等)

1. 入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成
2. 投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導(副作用に関する状況把握を含む。)
3. 薬剤管理指導記録に基づく適切な患者指導

(医薬品安全性情報等管理体制加算・入院1回50点)

4. 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況(使用患者数、使用量、投与日数等)の把握
5. 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握・周知等

病棟薬剤業務実施加算として評価

(評価されていないもの)

6. 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案を薬剤師が行うこと。
7. 2種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合、投与前に、相互作用の有無の確認を薬剤師が行うこと。
8. 患者又は現にその看護に当たっている者に対しハイリスク薬等に係る詳細な説明を投与前に行う場合には、薬剤師がこれを行うこと。
9. 流量又は投与量の計算等の必要な薬剤の投与にあたっては、投与前に、薬剤師が当該計算等を実施すること。

## 1. 病棟薬剤業務実施加算の制限緩和

## 平成24年度診療報酬改定における薬剤師の病棟業務の改定内容②

### 病棟薬剤業務実施加算の算定要件等

薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

なお、病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

#### [算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

病棟薬剤業務
・当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
・当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
・入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
・2種以上(注射薬及び内服薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
・患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
・薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
・その他、必要に応じ、医政局通知(平成22年4月30日医政発0430第1号)で定める業務(③、⑥及び⑧を除く)

13

## 平成24年度診療報酬改定における薬剤師の病棟業務の改定内容③

その他、必要に応じ、医政局通知(平成22年4月30日医政発0430第1号)で定める業務(③、⑥及び⑧を除く)

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(平成22年4月30日医政発0430第1号医政局長通知)より抜粋

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案すること。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定されることから、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

14

## 平成24年度診療報酬改定における薬剤師の病棟業務の改定内容④

### 病棟薬剤業務実施加算の施設基準等

#### [施設基準]

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

15

## 平成24年度診療報酬改定 答申書附帯意見

### 診療報酬改定 答申書附帯意見(抜粋)

(平成24年2月10日)

次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。

- ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
  - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
  - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
  - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組
- 等

16

## チーム医療の推進について

～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

### 現行

【病棟薬剤業務実施加算】  
(週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に  
加算する。この場合において、療養病  
棟入院基本料、精神病棟入院基本料又  
は特定機能病院入院基本料(精神病棟  
に限る。)を算定している患者につい  
ては、入院した日から起算して4週間  
を限度とする。



### 改定後

【病棟薬剤業務実施加算】  
(週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に  
加算する。この場合において、療養病  
棟入院基本料、精神病棟入院基本料又  
は特定機能病院入院基本料(精神病棟  
に限る。)を算定している患者につい  
ては、入院した日から起算して**8週間**  
を限度とする。

<留意事項通知にて> **退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。**  
<施設基準通知にて> 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び**退院時薬剤情報提供管理指導料**算定のための業務に要する時間は含まれない。

## 病棟薬剤業務実施加算の副作用の明確化

<留意事項通知にて>

・医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

ア (略)

イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用(薬事法第77条の4の2第2項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第77条の4の2第1項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。)、ヒヤリハット、インシデント等の情報

ウ (略)

薬事法 第77条の4の2 第2項(一部簡略)  
医師、薬剤師等の医薬関係者等は、医薬品等について、当該品目の副作用その他の事由によるものと疑われる疾病、障害若しくは死亡の発生又は当該品目の使用によるものと疑われる感染症の発生に関する事項を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に報告しなければならない。

薬事法 第77条の4の2 第1項(一部簡略)  
医薬品等の製造販売業者等は、当該製品について、当該品目の副作用その他の事由によるものと疑われる疾病、障害又は死亡の発生、当該品目の使用によるものと疑われる感染症の発生等を知ったときは、その旨を厚生労働大臣に報告しなければならない。

## 病棟薬剤業務実施加算の届出医療機関数

病棟薬剤業務実施加算の届出医療機関数:

**895**施設(平成24年7月1日現在)

(出典)厚生労働省保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

病棟薬剤業務実施加算の算定回数医療機関数:

**140,390**回/月

(出典)社会医療診療行為別調査

○ 病棟薬剤業務実施加算を算定している施設数は895施設数である。

## 平成24年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成25年度調査)

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善についての状況調査について、平成25年度に調査を行った。

### 1. 調査の目的

- ・病院勤務医の負担軽減や処遇改善の状況の把握
- ・負担軽減のための役割分担などの取組状況の把握
- ・チーム医療の取組状況とその効果などの把握
- ・薬剤師の病棟における業務時間及び業務内容の把握
- ・診療所における時間外対応の状況及び病院勤務医負担軽減への影響等の把握

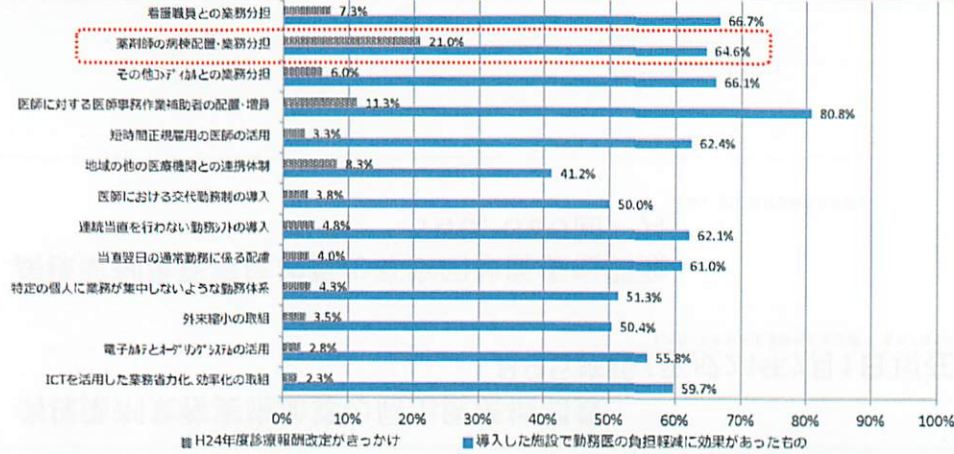
### 2. 調査対象

- ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする診療報酬項目を算定している、チーム医療に関する診療報酬項目を算定している又は薬剤管理指導料を算定している病院の中から無作為抽出した病院及び全国の病院から上記のいずれにも該当しない病院の中から無作為抽出した病院(回答数=456)
- ・当該施設の医師責任者(診療科責任医師)(回答数=1,294)及び医師(回答数=1,911)
- ・当該施設の看護職員責任者(回答数=1,194)及び看護職員(回答数=1,882)
- ・当該施設の薬剤部責任者(回答数=428)及び病棟担当の薬剤師(回答数=2,625)

## 勤務医の負担軽減策の導入のきっかけと効果

### 病院調査

勤務医の各負担軽減策の導入のきっかけは平成24年度改定か？また、導入した施設においてその効果はあったか？ 施設N=456



【出典】平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

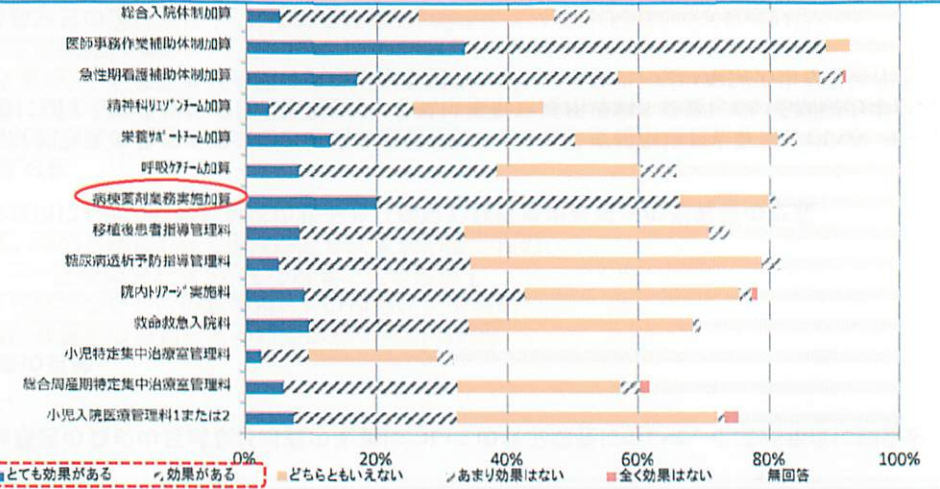
○ 「薬剤師の病棟配置・業務分担」を平成24年改定をきっかけとして導入したのが約2割であり、導入した施設のうち約6割が効果があったと回答している。

21

## 勤務医の負担軽減策の診療報酬の各項目の効果

### 病院調査

診療報酬の各項目について効果があったか？ 施設N=456



【出典】平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

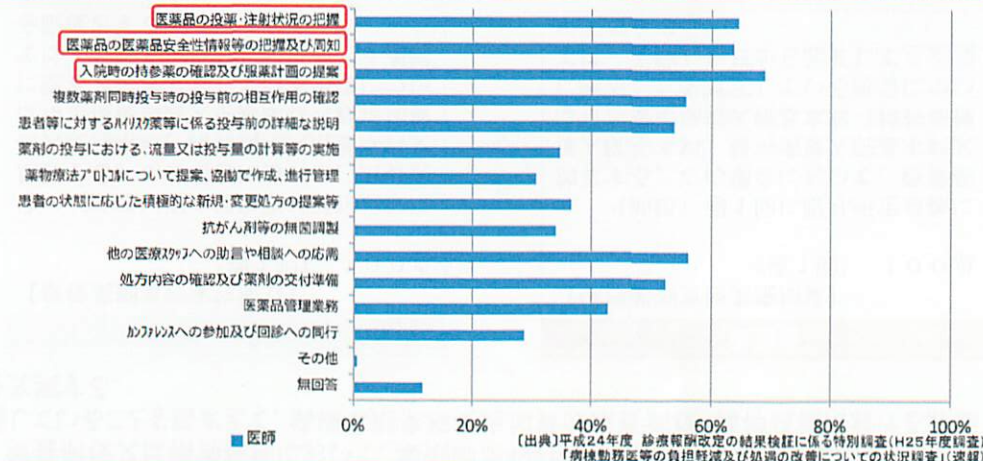
○ 「病棟薬剤業務実施加算」を実施していると回答した施設のうち、約6割の施設が「とても効果がある」「効果がある」と回答している。

22

## 病棟に配置された薬剤師との連携に対する効果

### 医師調査

医師の負担軽減及び医療の質の向上につながったと考えられる病棟業務は何か？(複数回答) 医師N=1,148人



【出典】平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

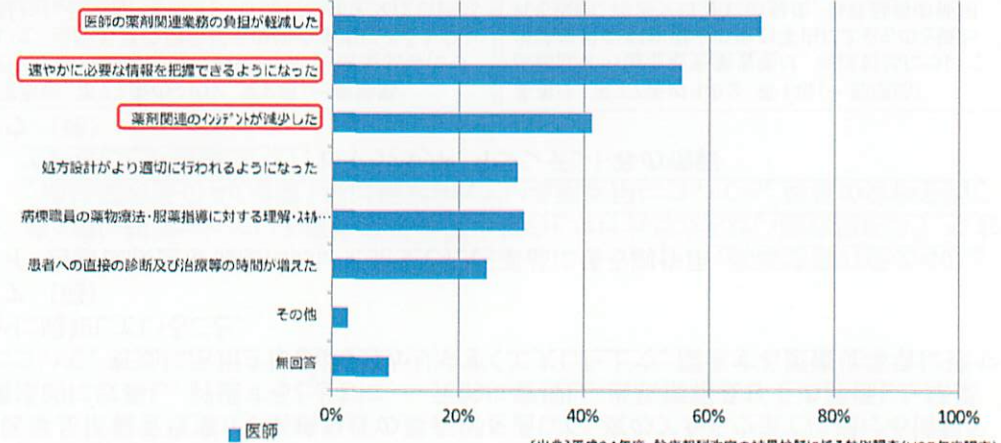
○ 医師は、病棟に配置された薬剤師と連携している業務のうち、「医薬品の投薬・注射状況の把握」、「医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知」、「入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案」等が負担軽減及び医療の質の向上につながったと考えている。

23

## 薬剤師の病棟での業務による勤務医のメリット

### 医師調査

薬剤師の病棟での業務によるメリットは何か？(複数回答) 医師N=1,204人



【出典】平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」(速報)

○ 医師は薬剤師の病棟での業務により、「薬剤関連業務の負担が軽減した」、「速やかに必要な情報を把握できるようになった」「薬剤関連のインシデントが減少した」等のメリットがあると考えている。

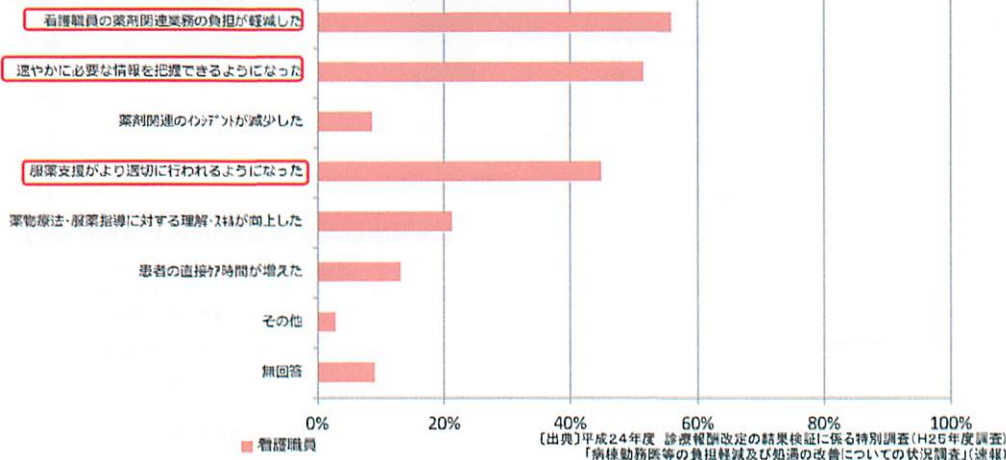
24

## 薬剤師の病棟での業務による看護師のメリット

### 看護師調査

薬剤師の病棟での業務によるメリットは何か？（複数回答）

看護職員N=888人

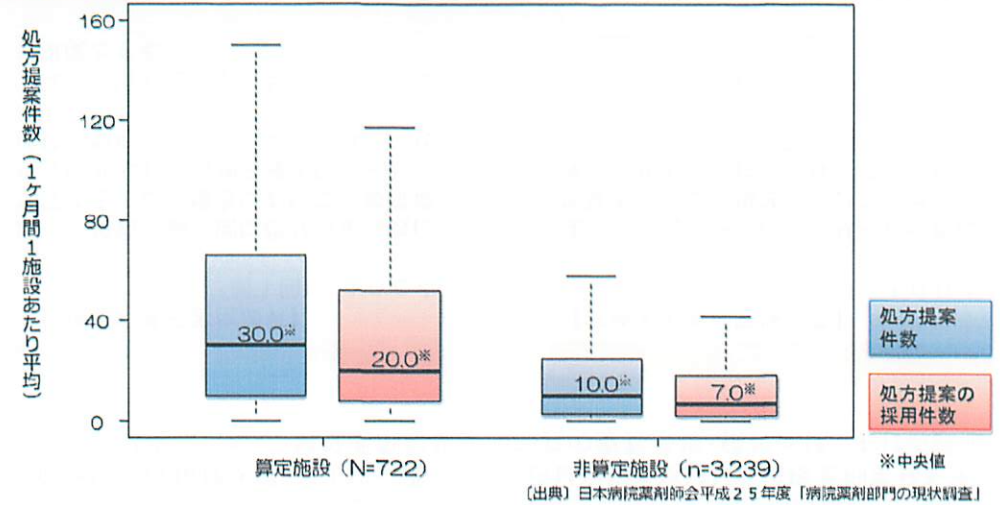


○ 看護職員は薬剤師の病棟での業務により、「薬剤関連業務の負担が軽減した」、「速やかに必要な情報を把握できるようになった」「服薬支援がより適切に行われるようになった」等のメリットがあると考えている。

25

## 病棟薬剤業務実施加算の算定と処方変更の関係について

病棟薬剤業務実施加算の有無と処方提案の比較

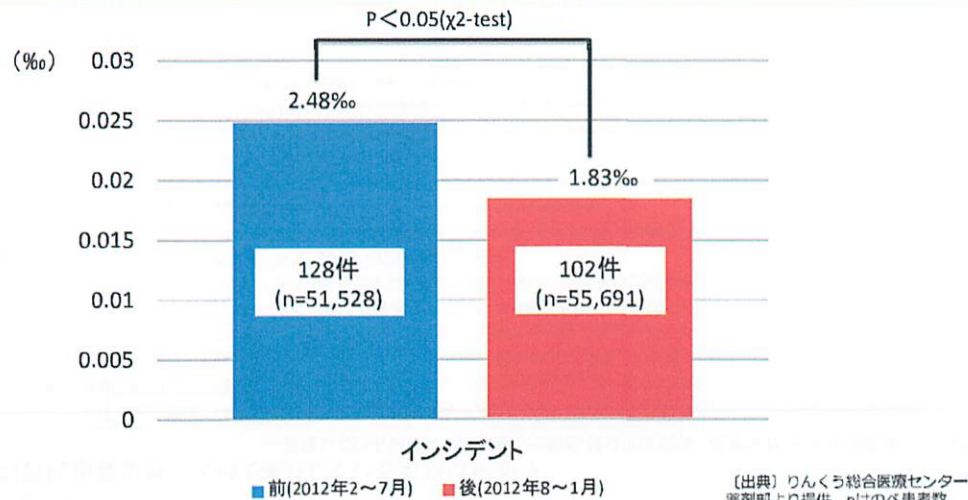


○ 病棟薬剤業務実施加算を算定している施設の方が、非算定施設に比べ処方提案をしている件数が多い。

26

## 内服薬のインシデントの発生率について

病棟薬剤業務実施前後6カ月の内服薬インシデントの発生率(1/1,000 %)の比較(全病棟)



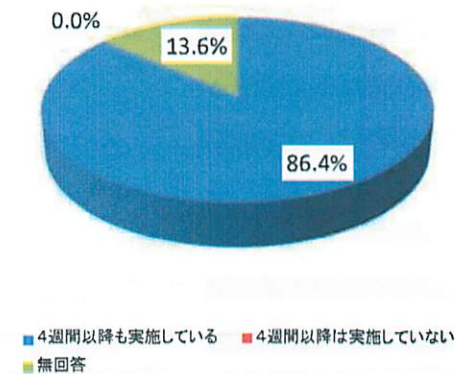
○ 病棟薬剤業務実施前後6ヵ月においてインシデントの発生件数が有意に減少している。

27

## 入院後4週間以降の療養病棟又は精神病棟における実施及び病棟薬剤業務の継続性について

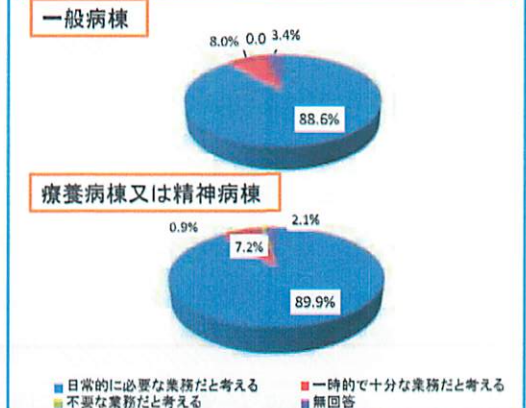
### 病棟調査

療養病棟又は精神病棟において入院後4週間以降も病棟薬剤業務を実施しているか？  
病棟調査N=22病棟



### 医師調査

病棟に薬剤師が配置されている医師にとって、病棟薬剤業務は継続して必要な業務だと考えるか？  
医師N=1,204人



○ 療養病棟又は精神病棟に配置された薬剤師の約9割は、入院4週間以降も病棟薬剤業務を行っている。  
○ 約9割の医師は、病棟薬剤業務が継続して必要な業務だと考えている。

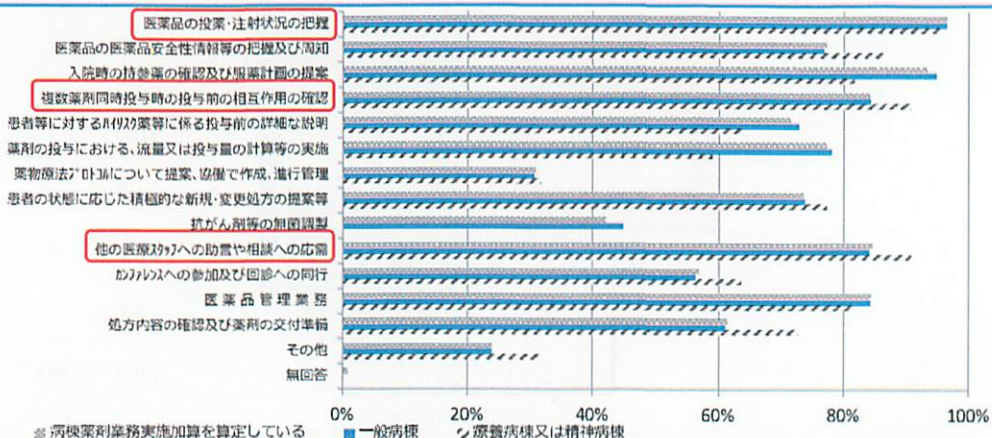
28

## 療養病棟又は精神病棟における病棟薬剤業務の主な業務

### 病棟調査

薬剤管理指導以外で病棟で実施している業務は何か？

算定している病棟N=618病棟、一般病棟N=578病棟、療養病棟又は精神病棟N=22病棟



〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（H25年度調査）「薬剤師の病棟業務に関する実態調査」（速報）

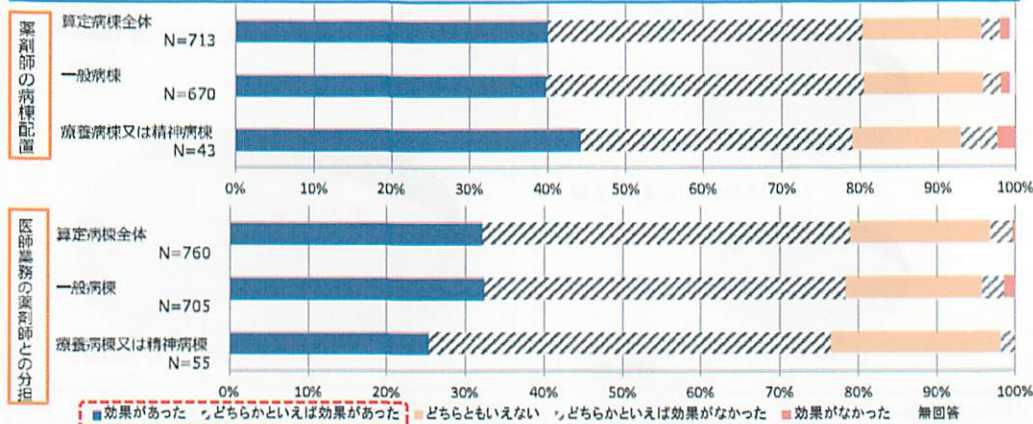
- 療養病棟又は精神病棟に配置された薬剤師は、「医薬品の投薬・注射状況の把握」、「複数薬剤同時投与時の投与前の相互作用の確認」、「他の医療スタッフへの助言や相談応需」等を行っている。

29

## 「一般病棟」と「療養病棟又は精神病棟」における薬剤師の病棟配置の比較

### 医師調査

医師業務の薬剤師との分担及び薬剤師の病棟配置について効果があったか？



〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（H25年度調査）「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」（速報）

- 「薬剤師の病棟配置」について、効果があると回答した医師の割合は、「一般病棟（約8割）」と「療養病棟又は精神病棟（約8割）」で同等である。
- 「医師業務の薬剤師との分担」について、効果があると回答した医師の割合は、「一般病棟（約8割）」と「療養病棟又は精神病棟（約8割）」で同等である。

30

## 病棟薬剤業務実施加算の効果

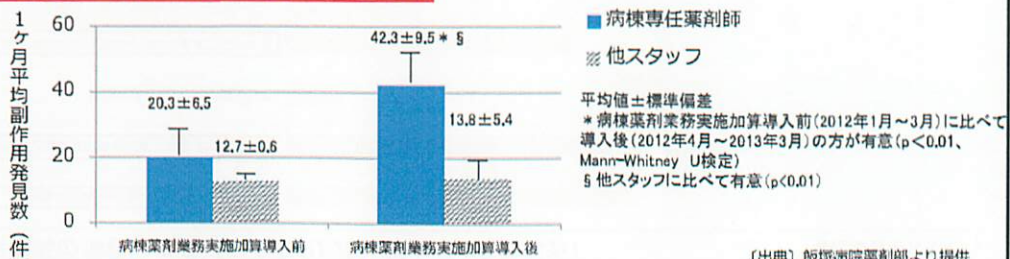
【病棟薬剤業務実施加算導入前後における処方提案件数の変化】

処方提案	病棟薬剤業務実施加算	
	導入前	導入後
処方継続提案 [件数/月]	27.7±1.5	84.2±38.9 *
処方変更提案 [件数/月]	16.0±6.9	60.2±21.5 *

平均値±標準偏差

\* 病棟薬剤業務実施加算導入前（2012年1月～3月）に比べて導入後（2012年4月～2013年3月）の方が有意（ $p < 0.01$ , Mann-Whitney U検定）

【1ヶ月平均副作用発見数の職種別比較】



〔出典〕飯塚病院薬剤部より提供

- 処方提案は、病棟薬剤業務実施加算導入後の方が有意に増加している。
- 副作用発見数は病棟専任薬剤師の方が他のスタッフに比べ有意に増加している。

31

## チーム医療の推進について

～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

再掲

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

### 現行

【病棟薬剤業務実施加算】  
(週1回) 100点

注：（前略）週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

### 改定後

【病棟薬剤業務実施加算】  
(週1回) 100点

注：（前略）週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

<留意事項通知にて> 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。  
<施設基準通知にて> 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報提供管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれない。

32

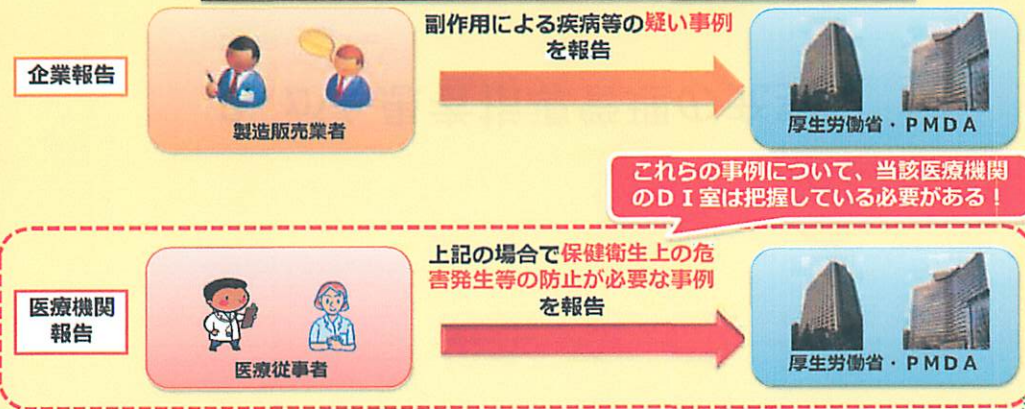


# 総務省による勧告事項について

平成25年3月 医薬品等の普及・安全に関する行政評価・監視 結果に基づく勧告

勧告事項: 地方厚生局に対し、**病棟薬剤業務実施加算の対象となる副作用の判断基準を示した**上で、適時調査の際には同加算の届出を行った医療機関における一元管理等の加算要件の適合状況を確認し、適合しない場合は当該医療機関への指導を徹底させること。

## 薬事法第77条の4の2における報告する副作用の事例の違い



# 病棟薬剤業務実施加算の副作用の明確化

再掲

<留意事項通知にて>

・医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

ア (略)

イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用(薬事法第77条の4の2第2項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第77条の4の2第1項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。)、ヒヤリハット、インシデント等の情報

ウ (略)

薬事法 第77条の4の2 第2項(一部簡略)  
 医師、薬剤師等の医薬関係者等は、医薬品等について、当該品目の副作用その他の事由によるものと疑われる疾病、障害若しくは死亡の発生又は当該品目の使用によるものと疑われる感染症の発生に関する事項を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に報告しなければならない。

薬事法 第77条の4の2 第1項(一部簡略)  
 医薬品等の製造販売業者等は、当該製品について、当該品目の副作用その他の事由によるものと疑われる疾病、障害又は死亡の発生、当該品目の使用によるものと疑われる感染症の発生等を知ったときは、その旨を厚生労働大臣に報告しなければならない。

-P59-

## 2. 在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

## 医科における在宅薬剤管理指導業務の変遷

年度	項目	点数	算定上限
H6	○在宅患者訪問薬剤管理指導料	550点	月1回まで
10月	○寝たきり老人訪問薬剤管理指導料	550点	月1回まで
H8	○在宅患者訪問薬剤管理指導料(+麻薬管理指導加算) ○寝たきり老人訪問薬剤管理指導料(+麻薬管理指導加算)	550点(+50点) 550点(+50点)	月2回まで 月2回まで
H10	○在宅患者訪問薬剤管理指導料(+麻薬管理指導加算) ○寝たきり老人訪問薬剤管理指導料(+麻薬管理指導加算)	550点(+100点) 550点(+100点)	月2回まで 月2回まで
H12	○在宅患者訪問薬剤管理指導料(+麻薬管理指導加算) ○寝たきり老人訪問薬剤管理指導料	550点(+100点) 廃止	月2回まで
H20	○在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 在宅での療養(+麻薬管理指導加算) 2 居住系施設入居者(+麻薬管理指導加算)	550点(+100点) 385点(+100点)	月2回まで(同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合に同じ)
H22	○在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 同一建物居住者以外の場合(+麻薬管理指導加算) 2 同一建物居住者の場合(+麻薬管理指導加算)	550点(+100点) 385点(+100点)	月2回まで(同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合に同じ)

## 在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。

### 現行

#### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合 550点
- 2 同一建物居住者の場合 385点

注：（前略）診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

### 改定後

#### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)
- 2 同一建物居住者の場合 300点(改)

注：（前略）診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。

## 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直しによる適正化

再掲

「薬局の求められる機能とあるべき姿」の公表について(平成26年1月21日薬食総発0121第1号)の別添において、「在宅薬剤管理指導の実施に当たっては、その業務量に鑑み、**薬剤師一人につき、一日当たりの患者数が過剰な人数にならないよう、適切な人数までとするべき**である。」とされたことから、在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、**保険薬剤師1人につき1日に5回**に限り算定することを要件とする。

また、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

### 現行

#### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合 500点
- 2 同一建物居住者の場合 350点

注：（前略）医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。

### 改定後

#### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)
- 2 同一建物居住者の場合 300点(改)

注：（前略）医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。

この場合において、1と2を合わせて**保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。**

## 3. がん患者指導管理の充実

## 緩和ケアを含むがん医療の推進について

### がん患者指導管理の充実

➤ がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は**薬剤師**が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

【改定後】

がん患者カウンセリング料		がん患者指導管理料
がん患者カウンセリング料	500点	1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（1回に限り）
		2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（6回に限り）
		3 医師又は <b>薬剤師</b> が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合（6回に限り）

#### 【施設基準】

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。

② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の管理に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修(6月以上600時間以上)を修了した者であること。等

3の場合：

① 当該保険医療機関に、化学療法に5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。

② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50段階以上有する者であること。等

#### 【対象患者】

1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。

2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Discisional Conflict Scale)40点以上のものであること。

3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。(算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日直前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限る。)

## がん患者指導管理における過去の診療報酬改定での取り組み

### 平成22年改定:がん患者に対する丁寧な説明の評価

➤ がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

#### (新) がん患者カウンセリング料 500点

[施設基準]

がんに関する研修を終了した医師及び5年以上のがん患者の看護に従事した経験を有し、適切な研修を終了した専任の看護師が配置されていること。

### 平成24年改定:がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

➤ がん患者カウンセリング料は、がんと診断された患者に対して1回に限り算定することとされているが、継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

#### (改) がん患者カウンセリング料 500点

[算定要件]

がんと診断された患者に対して、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。さらに、地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)においても患者1人につき1回に限り算定できる。

41

## 薬剤管理指導料2と外来化学療法加算(概要)

	薬剤管理指導料2 (抗がん剤使用している場合)	外来化学療法加算	(参考) 抗悪性腫瘍剤 処方管理加算	
評価内容	入院患者に対し、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。(当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て、管理指導を行った場合)	外来患者に対して抗悪性腫瘍剤等について文書で説明し、同意を得た上で、外来化学療法にかかる専用室において、投与した場合に算定。	抗悪性腫瘍剤の投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他留意点等を文書にて説明し、適正使用及び副作用管理に基づく処方を行った場合	
主な施設基準	薬剤師を配置。 医薬品情報管理室を有していること等。	・外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室を保有していること。 ・常勤看護師が常時当該治療室に勤務していること。 (外来化学療法加算1は化学療法に5年以上有する専任の常勤看護師) ・常勤薬剤師が勤務していること等。 (外来化学療法加算1は化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師)	・200床以上の病院 ・化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師の配置	
点数	380点(週1回に限り算定)	350点～780点(患者の年齢、抗がん剤の種類、施設基準により点数が異なる。)	70点(処方料、処方せん料に対する加算)	
	入院 ○	外来 ×	注射薬 ○	経口のみ ×

診療場所、抗がん剤の投与経路によって受けられるサービスが異なり、経口抗がん剤のみの治療を受けている外来患者に対する管理指導の診療報酬上の評価はなかった。

42

## 抗がん剤治療中の患者に対する薬剤師による指導の効果①

① 日立総合病院において経口分子標的薬を服用した患者95人に対して行われた、処方提案259件のうち245件(95%)が反映された。(平成22年4月～平成24年6月)

② 国立がんセンター東病院において薬剤師が介入した患者71名に対して行われた、処方提案69件のうち59件(86%)が反映された。(平成21年6月～平成22年11月)

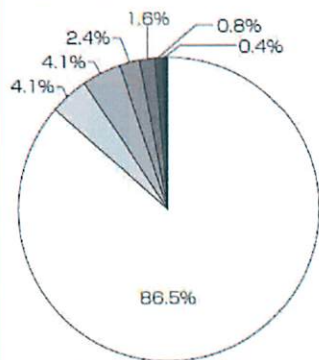
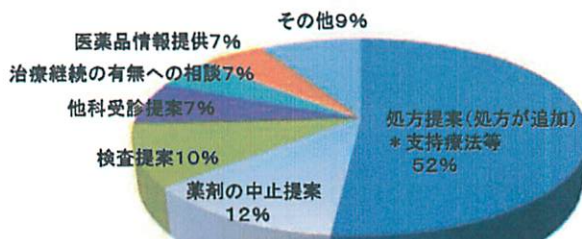


図3 採択された内容の内訳 (245件)

四十物由香他、経口分子標的薬治療における薬剤師外来有用性の検討、癌と化学療法、40(7):901-905, 2013



出典:国立がんセンター東病院独自調査

\* 支持療法とは、がんに伴う症状や治療による副作用に対する予防策、症状を軽減させるための治療を指す。(例:感染症に対する抗生剤投与、貧血や血小板減少に対する輸血療法、吐き気・嘔吐に対する吐剤の使用)

薬剤師の処方提案(支持療法の追加、抗がん剤の変更)の多くは反映されており、副作用の軽減につながる事が期待される。

43

## 抗がん剤治療中の患者に対する薬剤師による指導の効果②

国際医療福祉大学三田病院において抗がん剤治療を受け、薬剤師による指導を受けた62名に対するアンケートの結果。

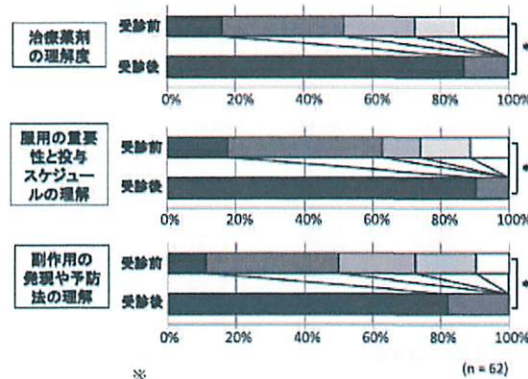


図7 薬剤師外来受診前後における治療薬に対する理解度の変化

※ P<0.01 (Wilcoxon signed-rank test)

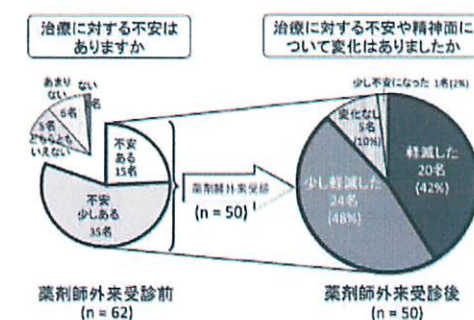


図8 薬剤師外来受診前後における治療に対する患者の不安の変化

※ 薬剤師外来は、医師の診察後、薬剤師の指導を必要と判断した場合に指導依頼書を提出し、患者に対して面談方式で指導を行う。指導後は薬剤師から医師へ情報提供を行う。

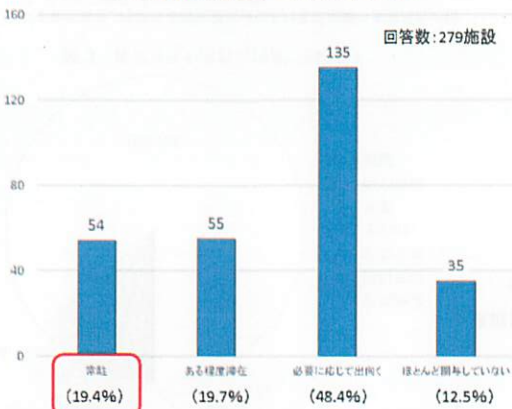
中島輝一他、外来がん患者に対する薬剤師外来の役割とその評価、医療薬学、38(9)599-608 (2012)

薬剤師の指導により、治療薬の理解の向上、副作用の発現や予防法の理解の向上、治療に対する不安の軽減につながる事が期待される。

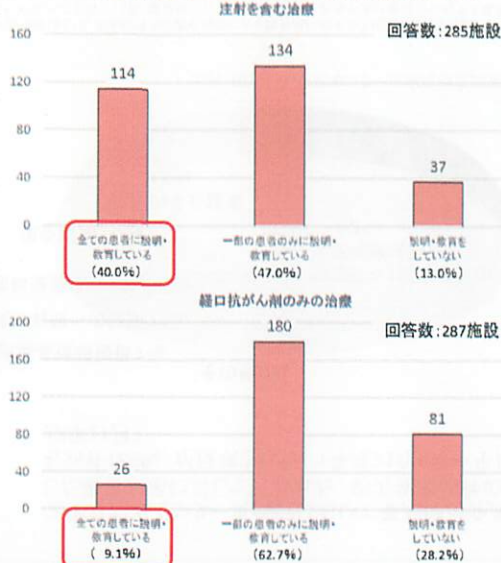
44

# がん診療連携拠点病院の化学療法の現状①

①外来化学療法室への薬剤師の配置



②治療導入時の患者説明・教育(薬剤師による)

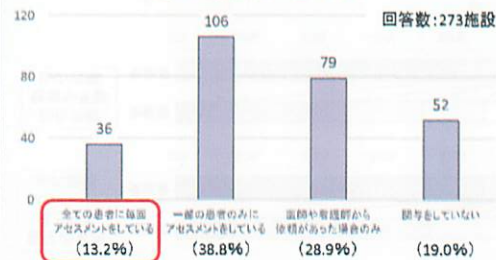


【参考】外来化学療法室に関する施設基準  
 ・化学療法の実施を5年以上とする専任の常勤薬剤師が化学療法を実施している時間帯において常時当該施設に勤務していること。  
 ・化学療法に係る経験が5年以上とする専任の常勤薬剤師が勤務していること。  
 ・常駐と面番した医療従事者の配置人数の平均は1.5人  
 ・ある程度存在と面番した医療従事者の一日滞在時間は平均2.4時間

日本病院薬剤師会学術委員会学術第3小委員会「外来化学療法における薬剤師の業務展開に関する調査・研究」(平成24年度)

# がん診療連携拠点病院の化学療法の現状②

③-1副作用アセスメント



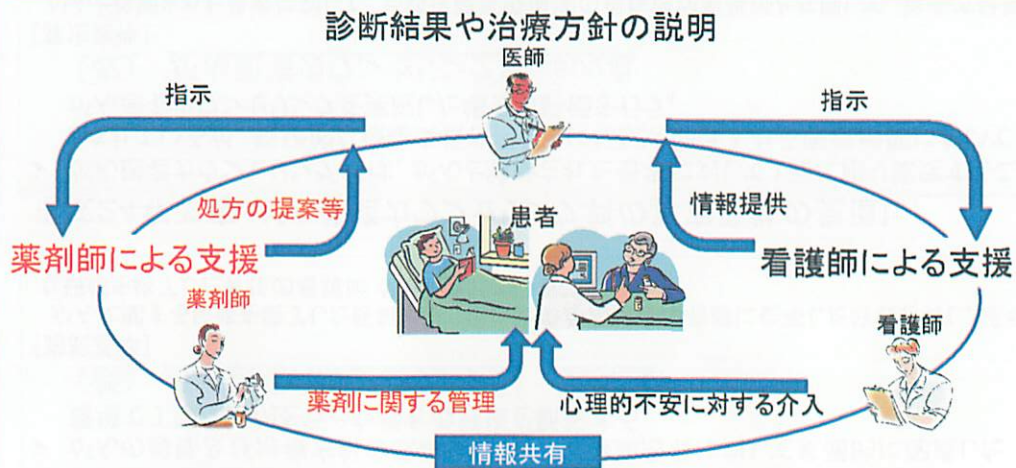
③-2副作用に対する支持療法の処方提案



拠点病院でも化学療法における薬剤師の関与は必ずしも十分ではないと考えられる。

日本病院薬剤師会学術委員会学術第3小委員会「外来化学療法における薬剤師の業務展開に関する調査・研究」(平成24年度)

# がん患者に対する説明や心理的不安への介入、薬剤管理等のイメージ



がん患者のニーズに合わせ、診断結果や治療方針の説明等に加え、がん診療の経験と知識を持つ専門職が、継続して適切に管理することが必要である。

# 平成26年度診療報酬改定におけるがん患者指導管理料の改定内容①

## がん患者指導管理料3

医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合

200点

### 【算定要件】

- ③については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。
- ③について、小児悪性腫瘍患者指導管理料、薬剤管理指導料、処方料及び処方せん料の抗悪性腫瘍剤処方管理加算は、別に算定できない。

## 平成26年度診療報酬改定におけるがん患者指導管理料の改定内容②

### <留意事項通知にて>

ア 悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者(予定を含む。)に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は**抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して**、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、**薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策**、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。

イ 薬剤師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った薬剤師が、**抗悪性腫瘍剤による副作用の評価を行い、当該患者の診療を担当する医師に対して**、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報(患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等)、**抗悪性腫瘍剤の副作用の有無、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行わなければならない。**

ウ 指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。

エ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等のみ説明を行った場合は算定できない。

49 49

## 平成26年度診療報酬改定におけるがん患者指導管理料の改定内容③

### [施設基準]

がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### <留意事項通知にて>

がん患者指導管理料3に関する施設基準

- (1) 化学療法を経験を5年以上有する医師及び**専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。**
- (2) (1)に掲げる**薬剤師は、5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有するものであること。**
- (3) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

50 50

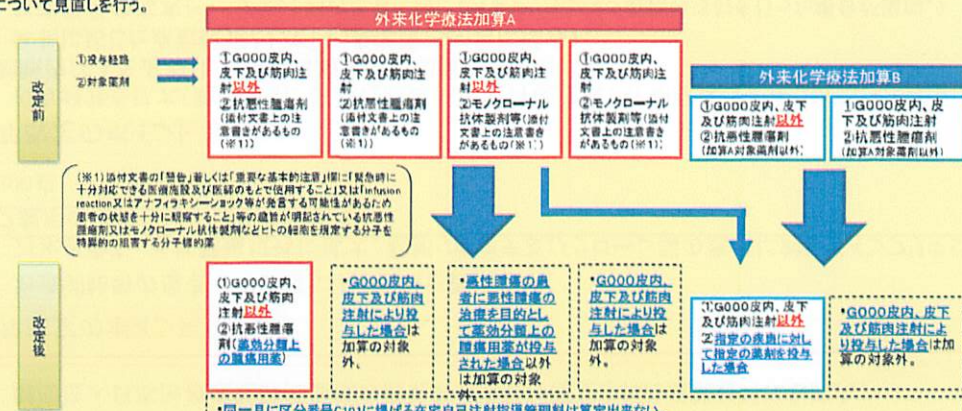
## 4. 外来化学療法の評価の見直し

平成26年度診療報酬改定

## 緩和ケアを含むがん医療の推進について②

### 外来化学療法の評価の見直しについて

外来化学療法加算は、本来、入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設の評価を目的として設定されたが、投与方法の拡大等に伴い、加算の趣旨が不明瞭になりつつある。また、加算の対象となる薬剤に関する規定が不明確であるとの指摘がある。さらに、一部の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤になっており、二重評価になっていることから、外来化学療法の評価のあり方について見直しを行う。



〔外来化学療法管理加算Bの対象疾患と対象薬剤〕

ア 関節リウマチ、クローン病、ベーセツト病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、悪性性乾癬、関節性乾癬、腸管性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシズマブ製剤を投与した場合

51

## 外来化学療法の診療報酬での評価

### 点数の趣旨

H14年 外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗腫瘍薬等を投与した場合の評価として、G004点滴注射の加算として外来化学療法加算が設定。 300点

### 【必要とされる体制の要件】

#### ①人的体制整備

がんの生物学や抗がん剤の薬理学などに精通した医師、化学療法の経験を有し、点滴、状態を観察する能力がある看護師、化学療法につき専任の薬剤師等



#### ②設備、物品、環境要件

専用の点滴室、アナフィラキシーショックなどの緊急事態や、血管外漏出に対する薬剤、物品等を備えた救急カート、酸素吸入設備、緊急時に当該患者が入院できる体制等



ベッド・リクライニングチェア・貸し出しDVD(国立がん研究センターHPより)

- 本来入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設を評価。
- 患者にとっては入院という時間的、精神的、金銭的負担の軽減やQOLの維持、医療提供側にとっては病床の有効利用等の利点がある。

53

## 過去の診療報酬改定での取り組み

### 16年改定のポイント

- 財団法人日本医療機能評価機構の機能評価を受け認定された病院以外にも拡大。

### 18年改定のポイント

- 治療開始時の患者への文書による説明を義務付け。
- 対象患者を、悪性腫瘍以外に拡大。関節リウマチ及びクローン病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合が追加。
- 300点 → 400点へ増点。

### 20年改定のポイント

- 投与経路を拡大(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を追加)し、G004点滴注射の加算から通則に移行。
- 体制に応じた点数設定として「1」を増設(500点に増点)。
- 対象患者の拡大(パーチエット病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合が追加。)

### 22年改定のポイント

- 投与経路にG000皮内、皮下及び筋肉内注射、G001静脈内注射が追加。
- 対象患者をさらに拡大。

1)強直性脊椎炎の患者、潰瘍性大腸炎の患者、尋常性乾癬の患者、関節症性乾癬の患者、膿疱性乾癬の患者及び乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合が追加。2)関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者及び全身型若年性特発性関節炎の患者に対してトシリズマブ製剤の注射を行った場合が追加。

54

## 平成24年診療報酬改定での評価 がん治療等に対する化学療法の評価の充実

平成24年改定  
資料一部改変

### 化学療法について

- 外来化学療法加算の見直し(薬剤のリスクに応じた評価体系の見直し)  
がんに対する化学療法は、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、**抗リウマチ薬等の分子標的治療薬**についても化学療法と同様の管理が必要な場合もあることから、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直し、**手厚い体制や設備が必要な場合はより重点的に評価を行う。**

【改定前】	
外来化学療法加算	
イ 外来化学療法加算1	550点
15歳未満の患者に対して行った場合	750点
ロ 外来化学療法加算2	420点
15歳未満の患者に対して行った場合	700点



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

### 【外来化学療法加算Aの対象】

薬剤:添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている**抗悪性腫瘍剤(ホルモン効果を持つ薬剤を含む)**又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的治療薬  
投与経路:静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など。  
(G000(皮内、皮下、筋肉内注射)を除く。)

55

## 平成24年診療報酬改定後の対象薬剤と課題

- 外来化学療法加算の対象となる薬剤は、概念上、左図のように示されるが、記載が必ずしも明確でなかったこと等から対象となる薬剤の範囲について現場で混乱を来した。

### (対象薬剤)

抗悪性腫瘍剤	
添付文書上、インフューショナルショック等の注意喚起がある抗悪性腫瘍剤	添付文書上、インフューショナルショック等の注意喚起がない抗悪性腫瘍剤
皮内、皮下及び筋注以外による投与	外来化学療法A 外来化学療法B
皮内、皮下及び筋注による投与	外来化学療法B 外来化学療法B

### その他の薬剤

その他の薬剤	
添付文書上、インフューショナルショック等の注意喚起がある特定薬剤	添付文書上、インフューショナルショック等の注意喚起がない特定薬剤
皮内、皮下及び筋注以外による投与	外来化学療法A -
皮内、皮下及び筋注による投与	- -

### (課題)

- 以下の点が不明確であったため、どの薬剤が加算の対象となるのか、対象となる場合には加算A又は加算Bのいずれに該当するのか現場で混乱を来した。
- 抗悪性腫瘍薬の考え方  
<例>  
ホルモン剤が対象薬剤に当たるか等
- 外来化学療法加算Bについて、皮内、皮下及び筋肉内注射による投与が算定の対象になるのかどうか
- 添付文書上に求められる記載内容
- 在宅自己注射指導管理料の対象薬剤と重複している一部の薬剤の取扱い

56

## 5. DPCの見直し (後発医薬品指数の導入、持参薬の算定ルール)

57

平成26年度診療報酬改定

### DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等

#### 機能評価係数Ⅱの見直し

改定前	平成26年改定後
① データ提出指数	① 保険診療指数(改)
② 効率性指数	② 効率性指数
③ 複雑性指数	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	⑥ 地域医療指数
	⑦ 後発医薬品指数(新)

- ① 保険診療指数(「データ提出指数」から改定)
  - これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出自(1群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。
- ⑤ 救急医療指数
  - 当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする等の見直しを行う。
- ⑥ 地域医療指数
  - 「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。
- ⑦ 後発医薬品指数(新設)
  - 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

#### 算定ルール等の見直し

- ① 同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し
  - 診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。
- ② 適切な傷病名コーディングの推進
  - 適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。
- ③ 入院時持参薬の取り扱い
  - 入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。
- ④ 「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式」の見直し
  - 平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

58

### 持参薬の取り扱い

平成25年12月25日  
中 医 協 会 第 一 三

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

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

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

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

(考え方)

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

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

59

## 次期診療報酬改定に向けて

60

## チーム医療の推進について ～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

再掲

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

### 現行

【病棟薬剤業務実施加算】  
(週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

### 改定後

【病棟薬剤業務実施加算】  
(週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して**8週間を限度とする。**



<留意事項通知にて> **退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。**  
<施設基準通知にて> 病棟薬剤業務の実施時間には、**薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報提供管理指導料**算定のための業務に要する時間は含まれない。

61

## 中医協での主な意見

○白川委員(健康保険組合連合会専務理事):前導入時に、療養病棟・精神病棟にも適用するかということ、大分中医協でも議論して、本来、病状が安定しない急性期の方々に、病棟勤務の薬剤師がサポートするという趣旨でスタートする。ただ、**療養病棟・精神病棟においても、入院当初はかなり病状が安定していないことがあるので、役割は大きいだろうということ、4週間という制限をつけたと記憶しています。**

4週間、1カ月を過ぎれば、多分病状も安定するでしょうし、病院に勤務されている薬剤師の方が、患者さんの薬剤管理をするというのは、ごく当たり前といえますが、義務みたいな話でございまして、そういう業務を新たに評価するといいますが、期間を延ばすことについては、私どもははいかがかと思っております。**病状が4週間では安定しない、さらに2週間、3週間必要だということがエビデンスで示されれば、それはそうかと思えますけれども、特に療養病棟・精神病棟の患者さんというのは、入院期間が長いわけでございますので、その間ずっと評価し続けるのかということについては、甚だ疑問と申し上げざるを得ないということでございます**(平成25年12月6日中医協総会にて)。

○長瀬委員(日本精神科病院協会副会長):病棟薬剤業務のことですが、先ほど4週間したら大体落ち着くだろうということがございましたが、確かに落ち着く方もおられるんですが、**精神科の患者さんの場合、また具合が悪くなったりすることが多くて、チーム医療でやっておりますので、その辺のところを評価してほしい**ということ、お願いでございます(平成25年12月6日中医協総会にて)。

○白川委員(健康保険組合連合会専務理事):今回4週間制限を若干延ばすという提案でございまして、これ自体は一定程度やむを得ないと思いますが、例えば4週間以上のところは、若干点数を落とした、減額した形でやるという方法もあると思えますし、三浦先生は12週間ぐらい必要だとおっしゃいましたけれども、そういう**エビデンスが我々には全くないものですから、そういったものをきちんと調査をしていただきたい**と思います(平成26年1月29日中医協総会にて)。

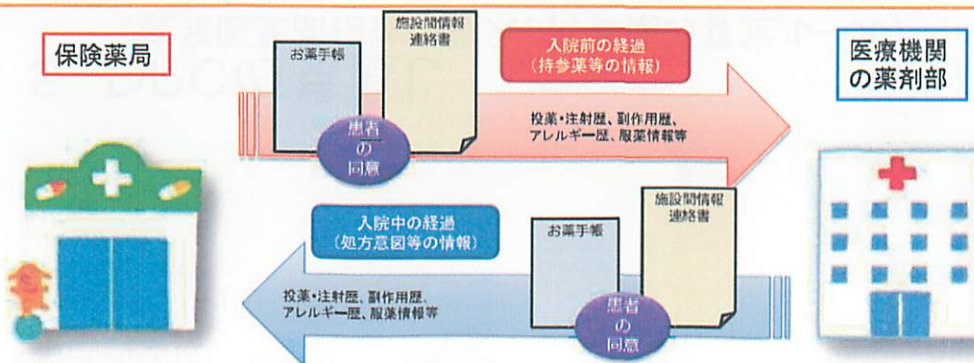
62

## 地域における薬薬連携の取り組み

○薬薬連携の一例として、岐阜県下呂市ではお薬手帳と施設間情報連絡書を用いて医療機関の薬剤師と保険薬局の薬剤師が情報共有を行っている。

○お薬手帳は投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴に、施設間情報連絡書は入退院時の患者の服薬情報の確認等に使用している。

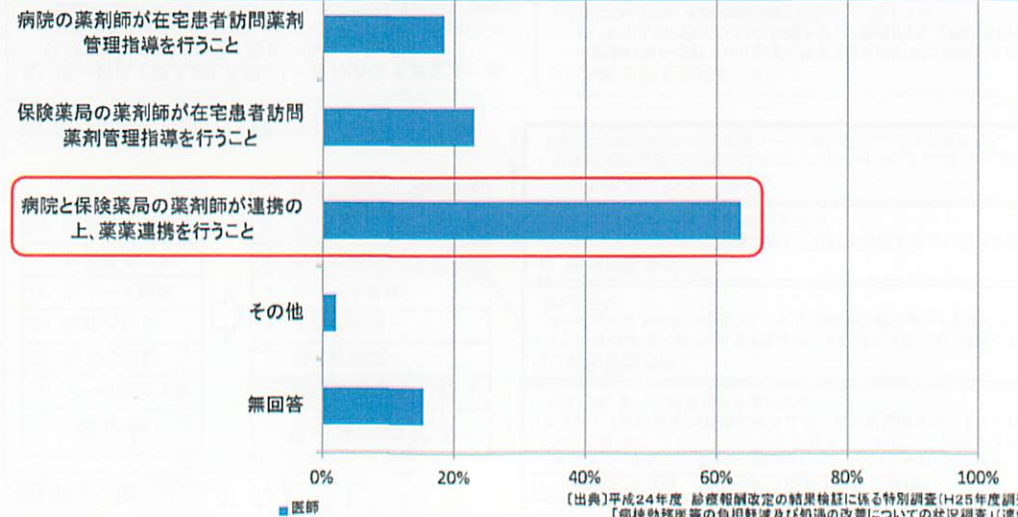
○下呂市は、日本薬剤師会の「薬薬連携推進事業」のモデル地域に指定され、パイロットスタディとして一定の成果を上げている。また、岐阜県の第5次以降の医療計画に「薬薬連携」が盛り込まれている。



## 円滑な薬学的管理に必要なこと

### 医師調査

薬学的管理を円滑に行うために必要だと考えることは何か？ 医師N=1,911人



○ 薬学的管理を円滑に行うためには、薬薬連携が必要だと6割以上の医師が考えている。



## 平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

9. DPC制度について、医療機関群、**機能評価係数Ⅱ**の見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。

11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、**チーム医療の推進**等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。

65

## 26年度薬価制度改革のポイント

66

- ①新医薬品の算定について
- ②後発医薬品の算定について
- ③長期収載品及び新薬創出・適応外薬解消等促進加算、他について

67

## 外国平均価格調整の適用範囲の見直し

～外国平均価格調整～

## 課題①

調整対象要件を外国平均価格の「**1.5倍を上回る場合**」から「**1.25倍を上回る場合**」に変更した場合の算定式への影響の検討

<現行ルール> :補正值=算定値=外国平均価格×1.5倍の時に成り立つ

$$\text{補正值} = \left[ \frac{1}{3} \times 1.5 + \alpha \right] \times \text{外国平均価格} = \left[ \frac{1}{2} + \alpha \right] \times \text{外国平均価格} = 1.5 \times \text{外国平均価格}$$

α=1



$$\text{補正值} = \left[ \frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + 1 \right] \times \text{外国平均価格}$$

<改正提案> :補正值=算定値=外国平均価格×1.25倍の時に成り立つ

$$\text{補正值} = \left[ \frac{1}{3} \times 1.25 + \alpha \right] \times \text{外国平均価格} = \left[ \frac{5}{12} + \alpha \right] \times \text{外国平均価格} = 1.25 \times \text{外国平均価格}$$

α=5/6



$$\text{補正值} = \left[ \frac{1}{3} \times \frac{\text{算定値}}{\text{外国平均価格}} + \frac{5}{6} \right] \times \text{外国平均価格}$$

68

# 外国平均価格の算出方法の見直し

## 課題②

＜例＞算定値：200円、  
外国価格①：150円、外国価格②：400円、外国価格③：500円

### 現行ルール

$$\text{外国平均価格} = (150 + 400 + 500) \div 3 = 350.00\text{円}$$

最高価格500円は最低価格150円の**5倍を超えない**ため、外国平均価格は単純に**3か国の価格の相加平均**となる。

### 薬価算定組織意見②

$$\text{外国平均価格} = (150 + 400) \div 2 = 275.00\text{円}$$

最高価格500円は最低価格150円の**3倍を超える**ため、除外され、外国平均価格は残りの**2か国の価格の相加平均**となる。

外国平均価格調整にあたっては、外国の薬剤の国別の価格が2ヶ国以上あり、そのうち**最高の価格が最低の価格の5倍⇒3倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格を除いた外国の薬剤の価格を相加平均した額を、また、外国の薬剤の国別の価格が3ヶ国以上あり、そのうち最高の価格がそれ以外の価格を相加平均した額の2倍を上回る場合は、外国の薬剤の国別の価格のうち最高の価格をそれ以外の価格を相加平均した額の2倍に相当する額とみなして各国の外国の薬剤の価格を相加平均した額を、外国平均価格とみなす。**（平成25年12月25日中医協総会了承）

69

# 原価計算方式におけるイノベーションの評価について

～原価計算方式～

## 課題③

課題③：原価計算方式によるイノベーションの評価範囲を拡大するため、平均的な営業利益率（現状18.3%）の±50%（実質：9.15%～27.45%相当）から、上限を+100%までに引き上げ、-50%～+100%（実質：9.15%～36.6%相当）としてはどうか。

### ＜現行＞

平均的な営業利益率±50%  
営業利益率：9.15%～27.45%

### ＜改正案＞

平均的な営業利益率-50%～**±100%**  
営業利益率：9.15%～36.6%

### 対応

◆加算ルールの定量的な評価の導入を前提として、原価計算方式によるイノベーションの評価範囲を拡大し、「平均的な営業利益率の-50%～+100%の範囲内の値」とする。

（平成25年12月25日中医協総会了承）

70

# 世界に先駆けて日本で承認を取得した場合の評価について

## 課題④

課題④：新規作用機序を有する新薬について、世界に先駆けて、日本で承認を取得した場合（欧米諸国での開発計画が進行している等が確認されており、ローカルドラッグではない場合に限る）、イノベーションを評価するための加算の要件を有用性加算（Ⅱ）（加算率：5～30%）の加算要件に追加してはどうか。

### 対応

- 新規作用機序を有する新薬で世界に先駆けて、日本で承認を取得した場合（欧米諸国での開発計画が進行している等が確認されており、ローカルドラッグではない場合に限る）であって、**画期性加算もしくは有用性加算（Ⅰ）が適用される新薬を対象**として（加算ルールの定量的な評価の導入を前提）、市場性加算（Ⅰ）と同様の**10%の加算を導入**することとする。
- なお、当該加算を受けた品目を最類似薬として、類似薬効比較方式により算定する場合には、当該加算分を控除した薬価を基に算定する。

（平成25年12月25日中医協総会了承）

71

# 各種加算と新薬創出・適応外薬解消等促進加算 ～各種加算制度の内容と位置づけの比較～

算定方式⇒	類似薬効比較方式				原価計算方式
評価する内容⇒	有効性・安全性	市場規模（不採算性）	小児製剤の開発	世界に先駆けた新規薬理作用薬の日本導入を評価	革新性や有効性、安全性
新薬収載時に個別に医薬品の内容を評価する加算制度	画期性加算 有用性加算（Ⅰ） 有用性加算（Ⅱ）	市場性加算（Ⅰ） 市場性加算（Ⅱ）	小児加算	<新設> 先駆導入加算	営業利益率補正

① 適応外薬等の開発要請、  
② 画期的新薬の創出のための**既収載品の薬価の維持**

新薬創出・適応外薬解消等促進加算

72

## ①新医薬品の算定について

## ②後発医薬品の算定について

## ③長期収載品及び新薬創出・適応外薬解消等促進加算、他について

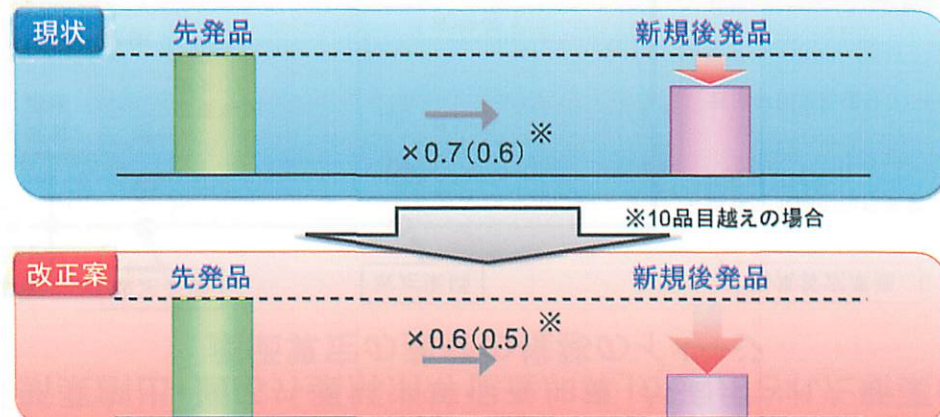
73

## ②後発医薬品の算定について

### 新規収載後発医薬品の薬価について

#### 対応

- ◆ 「先発品の100分の60を乗じた額（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は100分の50を乗じた額）」とする。（平成25年12月25日中医協総会了承）
- ◆ なお、バイオ後続品については従前どおりとすることとする。  
（平成25年12月25日中医協総会了承）

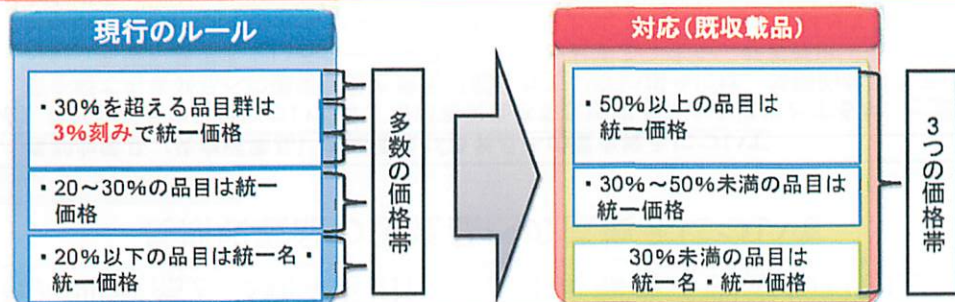


74

## 既収載後発医薬品の薬価の改定について

#### 対応

- ◆ 次期薬価制度改革においては、後発医薬品の使用促進の観点から、組成、剤形区分及び規格が同一であるすべての既収載品群を以下のとおり、薬価算定することとする。  
（平成25年12月25日中医協総会了承）
- ① 「最高価格の30%を下回る算定額となる既収載品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（統一名）とする。
- ② 最高価格の30%以上、50%を下回る算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。
- ③ 最高価格の50%以上の算定額となる既収載後発品については、該当する全ての品目について加重平均した算定額（銘柄別）とする。



75

## ①新医薬品の算定について

## ②後発医薬品の算定について

## ③長期収載品及び新薬創出・適応外薬解消等促進加算、他について

76

### ③長期収載品及び新薬創出・適応外薬解消等促進加算、他

#### 長期収載品の後発品への置換えについて

##### 中間とりまとめ(抜粋)

#### 2. 長期収載品(先発医薬品)の薬価及び後発品への置き換えについて

イ) 長期収載品の薬価については、市場実勢価格を反映することを原則とするが、**一定期間を経ても後発品への適切な置き換えが図られていない**場合には、特例的な引き下げを行い、**薬価を見直す**というルールを導入することとする。また、新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、その効果を十分に検証した上で、導入についても併せて議論することとする。

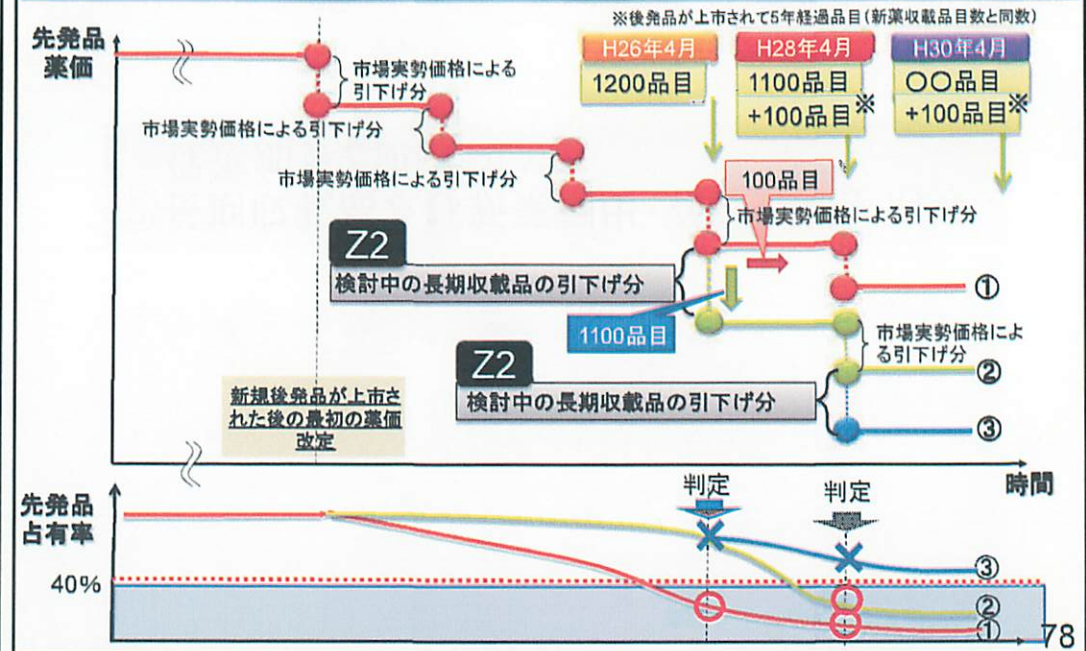
##### 対応

- ◆ 一定期間を経ても後発医薬品への適切な置き換えが図られていない場合には、「特例的な引き下げ」(Z2)を行うこととする。
- ◆ 後発医薬品が薬価収載されてから、5年経過した後の最初の改定以降の改定以降において、後発医薬品に置換わっていない個々の先発品を対象とする。
- ◆ また、適切な置き換え率は、ロードマップで規定されている60%とする。特例的な引き下げ幅は、以下の通りとする。
  - ・ 後発医薬品置き換え率20%未満の先発品の引き下げ幅：2.0%
  - ・ 後発医薬品置き換え率40%未満の先発品の引き下げ幅：1.75%
  - ・ 後発医薬品置き換え率60%未満の先発品の引き下げ幅：1.5%
- ◆ なお、Z2の導入に当たり、「初めて後発品が薬価収載された既収載品の薬価の改定の特例」(Z)を廃止する。

(平成25年12月25日中医協総会了承)

#### 新規後発品が上市された先発品の薬価推移

～Z2のイメージ～



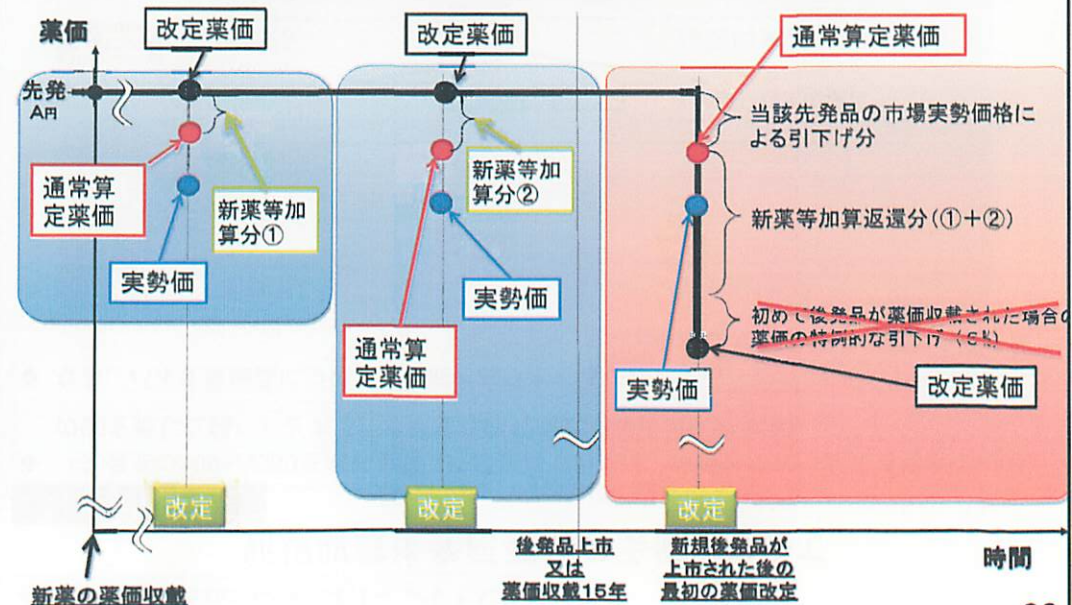
#### 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について

##### 対応

- ◆ 一定期間に適切な置き換えがなかった場合には先発品の薬価を引下げるルール(Z2)を導入する一方、特許期間中の新薬からの収益を安定化させ、新薬創出、適応外薬等の解消の促進を図る当該加算について別紙のとおり試行を継続することとする。
- ◆ また、「真に医療の質の向上に貢献する医薬品」(①小児、オーファン領域を対象とした医薬品、②既存の治療薬では十分な効果が得られない疾患に対する医薬品(難病、アンメットニーズへの対応など))の研究開発を行っている企業の品目を対象とする。
- ◆ なお、引き続き、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目のあり方等現行方式の見直しについても検討する。

(平成25年12月25日中医協総会了承)

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



## 最後に。

仕事をやり報酬を求めよ。ただしこの順序は守ること。

ケーリーグラント

Do your job and demand your compensation  
- but in that order.

Cary Grant

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

# 平成26年度診療報酬改定について

平成25年度日本病院薬剤師会医療政策部セミナー  
 平成26年3月21日(金)  
 日本薬剤師会副会長  
 三浦洋嗣

平成26年度診療報酬改定

## チーム医療の推進について ~病棟薬剤業務実施加算の制限緩和~

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目を以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

**現行**

【病棟薬剤業務実施加算】  
 (週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。



**改定後**

【病棟薬剤業務実施加算】  
 (週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して**8週間を限度とする**。

<留意事項通知にて> **退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。**  
 <施設基準通知にて> 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び**退院時薬剤情報提供管理指導料**算定のための業務に要する時間は含まれない。

平成26年度診療報酬改定

## 在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。

**現行**

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】  
 1 同一建物居住者以外の場合 550点  
 2 同一建物居住者の場合 385点  
 注：(前略)診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。



**改定後**

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】  
 1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)  
 2 同一建物居住者の場合 300点(改)  
 注：(前略)診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。

平成26年度診療報酬改定

## 緩和ケアを含むがん医療の推進について①

### がん患者指導管理の充実

➤ がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増えていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は**薬剤師**が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】		【改定後】	
がん患者カウンセリング料	500点	がん患者指導管理料	
		1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合(1回に限り)	500点
		2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合(6回に限り)	200点
		3 医師又は <b>薬剤師</b> が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合(6回に限り)	200点
【施設基準】			
1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。			
2の場合： ① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を受けた医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。 ② ①に掲げる施設は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修(6月以上600時間以上)を修了した者であること、等			
3の場合： ① 当該保険医療機関に、化学療法の実績を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。 ② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること、等			
【対象患者】			
1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。			
2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-1(STAS日本版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Discisional Conflict Scale)40点以上のものであること。			
3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者(算定期間：抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の開始日から30日以内、又は投薬又は注射をしている期間に限る。)			

## うがい薬だけを処方する場合の取扱い

医療費適正化の観点から、治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

## 現行

【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】  
(新規)



## 改定後

【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】  
入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く。）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料を算定しない。

## &lt;留意事項通知にて&gt;

うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

5

## 平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
  - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
  - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
  - (3) 歯科訪問診療の診療時間等
  - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
  - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。

6

## 分割調剤の試行的導入(案)

「平成26年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案)」

(平成26年1月15日、中医協総会)

## I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

- (1) 長期投与された患者の残薬の状況等を把握し、保険薬局における適切な薬学的管理・指導が必要であると考えられていることから、特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院において長期処方された場合のあらかじめ定められた日数の分割調剤の試行的導入を行う。これに伴い、分割調剤を行う場合の調剤基本料等の評価を見直す。



平成26年度改定では見送ることを決定(次回改定に向けて検討)

平成26年2月12日、答申書附帯意見(平成26年度診療報酬改定について)

13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。

7

## 在宅医療を担う医療機関、薬局の量的確保等

- ・在宅医療を担う保険医療機関、保険薬局の量的確保
- ・質の高い在宅医療の提供のため、同一建物居住者に係る評価を引き下げ

## &lt;調剤&gt; 在宅患者訪問薬剤管理指導料

同一建物居住者以外 500点 → 650点 (+150点)

同一建物居住者 350点 → 300点 (▲50点、14%↓)

※かつ、薬剤師1人につき1日5回を限度に算定

## &lt;医科&gt;

例) 在宅時医学総合管理料 5,000点 ※強化型在支診、病床有、処方せん有

⇒ 同一建物居住者以外 5,000点(±0)

同一建物居住者 1,200点 (▲3,800点、約75%↓)

## &lt;歯科&gt;

例) 歯科訪問診療2 380点(同一建物居住者 2人以上) ※20分以上

⇒ 歯科訪問診療2 283点 ( // 2~9人) (▲97点、約25%↓)

歯科訪問診療3 143点 ( // 10人~) (▲237点、62%↓)

8



## 妥結率が低い保険薬局等の適正化①

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

### <診療報酬>

- ◆ 許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料・外来診療料・再診料の評価を引き下げる。

(新) 初診料	209点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 282点]
(新) 外来診療料	54点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 73点]
(新) 再診料	53点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 72点]

### <調剤報酬>

- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(新) 調剤基本料	31点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 41点]
(新) 調剤基本料の特例	19点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 25点]

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数量 \times 薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$

※許可病床が200床以上の病院及び保険薬局においては、年に1回妥結率の実績について、地方厚生局へ報告する。

## 妥結率が低い保険薬局等の適正化②

### <留意事項通知にて>

- ◆ 妥結率が低い保険薬局とは、妥結率の実績が50%以下の保険薬局をいう。妥結率の実績の算定期間は、報告年度の**当年4月1日から9月30日とし、当該期間の妥結率の実績が基準を上回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。**ただし、報告年度の当年10月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においても、翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。
- ◆ **妥結とは、取引価格が決定しているものをいう。ただし、契約書等の選及条項により、取引価格が選及することが可能な場合には未妥結とする。**また、価格は決定したが、支払期間が決定していないなど、取引価格に影響しない契約状況が未決定の場合は妥結とする。
- ◆ 妥結率の割合は、**毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告する。**なお、**平成26年度改定後、最初の報告は平成26年10月に行い、上記の取扱いについては、平成27年1月1日から適用する。**
- ◆ 保険薬局と卸売販売業者で**取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料**を添付する。

## 価格妥結状況

区分	妥結率(取引年月別)		増減
	平成23年9月	平成25年9月	
病院(総計)	57.9%	56.6%	▲1.3%
200床以上	51.1%	50.2%	▲0.9%
その他	82.7%	81.7%	▲1.0%
診療所	96.9%	96.1%	▲0.8%
(医療機関計)	(71.7%)	(70.4%)	(▲1.3%)
チェーン薬局(20店舗以上)	62.8%	51.9%	▲10.9%
その他の薬局	90.8%	85.3%	▲5.5%
(保険薬局計)	(84.1%)	(76.2%)	(▲7.9%)
総合計	78.1%	73.5%	▲4.6%

※ 調査客体: 一般社団法人日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者

(「価格妥結調査結果」: 医政局経済課調べ)

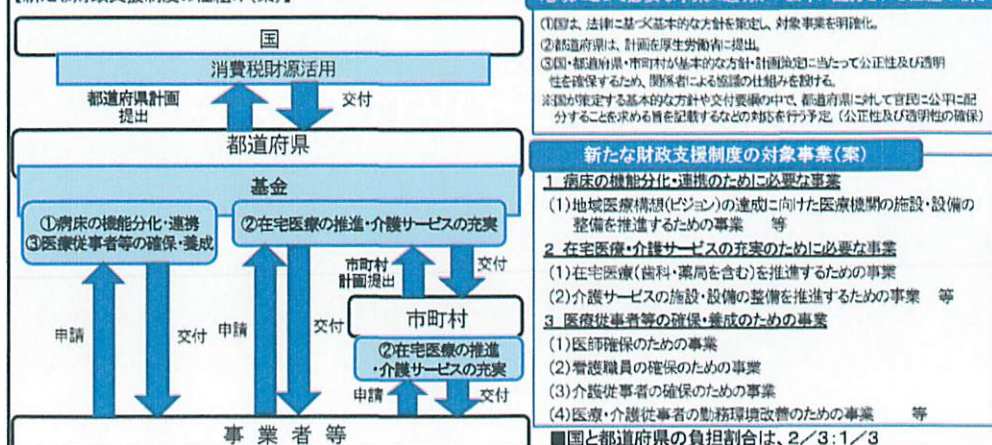
### 1. 新たな財政支援制度について

#### 医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度  
: 公費で904億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業実施。
- ◇ 「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設ける。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療構想(ビジョン)の策定後に更なる拡充を検討。

#### 【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



《公費で904億円》

○ 医療従事者の確保・養成や在宅医療の推進、病床の機能分化・連携を図るため、関係法律の改正法案を平成26年通常国会に提出し、社会保障制度改革プログラム法に盛り込まれた新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を創設する。

なお、国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求めるなどの対応を行う予定。

〔対象事業（案）〕※関係法律の改正法案が成立した後、決定

① 医療従事者等の確保・養成

ア) 医師確保対策として、都道府県における医師確保のための相談・支援機能（地域枠に係る修学資金の貸与事業を含む）の強化や、地域医療に必要な人材の確保等の事業、産科等の不足している診療科の医師確保事業、女性医師の復職支援等への財政支援を行う。

イ) 看護職員等確保対策として、新人看護職員等への研修や、看護師等の離職防止・定着促進等に係る事業、看護師等養成所の運営等への財政支援を行う。

ロ) 医療従事者の勤務環境改善対策として、都道府県における医療従事者の勤務環境改善の支援体制の整備や、院内保育所の運営等への財政支援を行う。

② 在宅医療（歯科・薬局を含む）の推進

在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業等への財政支援を行う。

③ 医療提供体制の改革に向けた基盤整備

ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備や、病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備、医療従事者の確保に資する医療機関等の施設及び設備等の整備への財政支援を行う。

\*病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備については、平成26年度は回復期病床等への転換など現状でも必要なもののみ対象とすることとし、平成27年度から都道府県において地域医療ビジョンが策定された後、さらなる拡充を検討する。

ご清聴ありがとうございました