

## 平成26年度診療報酬改定における主要改定項目

### (病院・診療所薬剤師関係)

一般社団法人 日本病院薬剤師会

#### 《病棟薬剤業務実施加算》

##### [算定要件]

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。

(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等、チーム医療を推進するための評価の見直しを行う。)

#### 《がん関連》

##### ● がん患者指導管理料

新設 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]

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実施されているもの(予定を含む)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または医師の指示に基づき薬剤師が、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等を行った場合に、6回に限り算定する。

##### [施設基準]

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

- ① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を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、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有しがんに係る適

切な研修を修了しがん患者に対する薬剤管理指導の十分な実績を有する者であること。

- 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。

(がん患者カウンセリング料について、名称を変更するとともに、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管理指導の評価を新設する。)

## ● 外来化学療法加算

### [算定対象の変更]

区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003—3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

### [算定要件]

#### 外来化学療法加算A

- ① 入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が投与された場合に算定する。
- ② G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。
- ③ 加算の対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。
- ④ この場合において、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。

#### 外来化学療法加算B

- ① 入院中の患者以外の患者であって以下の場合に限り算定する。
  - ア 関節リウマチの患者、クローン病の患者、ベーチェット病の患者、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を投与した場合
  - イ 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、全身型若年性特発性関節炎の患者及びキャスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合
  - ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合
- ② G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。

③ この場合において、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。  
(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。)

#### ● 無菌製剤処理料

[算定対象の変更]

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、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

### 《主治医機能の評価》

#### ● 地域包括診療料

新設 地域包括診療料 1500点(月1回)

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ① (再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ② 地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)
- ③ 在宅医療に係る点数(訪問診療料を除く)
- ④ 薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ⑤ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 対象医療機関は、診療所および許可病床が200床未満の病院とする。
- ③ 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。  
(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ④ 以下の指導、服薬管理等を行っていること。

- ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
    - イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
    - ウ) 病院において、患者の同意が得られた場合は、下記のすべてを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。
      - a. 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。
      - b. 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。
  - エ) 病院において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
    - a. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
    - b. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
  - オ) 診療所においては、当該患者について原則として院内処方を行うが、カの場合に限り院外処方は可能とする。
  - カ) 診療所において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
    - a. 24時間対応をしている薬局と連携していること。
    - b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
    - c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
    - d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
  - キ) 当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行うこととし、その旨を院内に掲示すること。
  - ク) 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 以下の健康管理等を行っていること。
- ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
  - イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
  - ウ) 敷地内禁煙であること。
- ⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。
- ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
  - イ) 地域ケア会議に年1回以上出席していること
  - ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
  - エ) 介護保険の生活期リハを提供していること

- オ) 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
  - カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
  - キ) 所定の研修を受講していること
  - ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること
  - ケ) 病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること、又は介護支援連携指導料を算定していること
- ⑦ 在宅医療の提供および24時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちすべてを満たすこと
- ・診療所の場合は
    - ア) 時間外対応加算1を算定していること
    - イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
    - ウ) 在宅療養支援診療所であること
  - ・病院の場合は、
    - ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
    - イ) 地域包括ケア病棟入院料(新規)又は地域包括ケア入院医療管理料(新規)を算定していること
    - ウ) 在宅療養支援病院であること
- ⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ⑨ 初診時には算定できない

(外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。)

● 地域包括診療加算

新設 地域包括診療加算 20点(1回につき)

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該加算を算定可能とする。
- ② 対象医療機関は、診療所とする。
- ③ 担当医を決めること。また、当該医師は関係団体主催の研修を修了していること。  
(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ④ 以下の指導、服薬管理を行っていること。
  - ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

- イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
- ウ) 当該患者について原則として院内処方を行うこと。なお、エ)の場合に限り院外処方は可能とする。
- エ) 院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
  - a. 24時間対応をしている薬局と連携していること。
  - b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
  - c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
  - d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳、又は、当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付し、レセプトに添付すること。
- オ) 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 以下の健康管理等を行っていること。
  - ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
  - イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
  - ウ) 敷地内禁煙であること。
- ⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。
  - ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
  - イ) 地域ケア会議に年1回以上出席していること
  - ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
  - エ) 介護保険の生活期リハを提供していること(要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーション料は算定できない。)
  - オ) 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
  - カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
  - キ) 所定の研修を受講していること。
  - ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること。
- ⑦ 在宅医療の提供および24時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちいずれか一つを満たすこと。
  - ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
  - イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
  - ウ) 在宅療養支援診療所であること
- ⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。
- ⑨ 初診時には算定できない。

(外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。)

## 《在宅患者訪問薬剤管理指導》

### ● 在宅患者訪問薬剤管理指導料

増点 同一建物居住者以外の場合 550点 → 650点

同一建物居住者の場合 385点 → 300点

(診療報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を調剤報酬に揃える。患者1人につき月4回(がん末期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)及び薬剤師1人につき1日に5回に限り算定することを要件とし、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。)

## 《DPC関連》

### ● 新設 後発医薬品指数 (機能評価係数Ⅱ)

(当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア(=[後発医薬品の数量]/[後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])により評価。※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。※数量ベースで60%を評価上限とする。)

### ● 入院時の持参薬の取扱い

(持参薬については、予定入院す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、入院中の使用を原則禁止する。)

## 《適切な向精神薬使用の推進》

### ● 非定型抗精神病薬加算

イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) 15点 → 15点

ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) 10点 → 削除

(非定型抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料の非定型抗精神病薬加算のうち、剤数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。)

● 処方料

新設 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 20点

● 処方せん料

新設 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合 30点

● 薬剤料

新設 3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

※ 抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方による減算の除外項目については、他院で多剤処方された患者が受診した場合の一定期間、薬剤を切り替える際の一定期間等とする。

[経過措置]

抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方にかかる見直しについては、減薬に必要な期間を設けるため平成26年10月1日より導入する。

(抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、精神科継続外来支援・指導料、処方料、処方せん料及び薬剤料について、多剤処方した場合の減算規定を新設する。)

《うがい薬だけを処方する場合の取扱い》

● 当該うがい薬に係る調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料 → 算定しない

(入院中の患者以外の患者に対して、医療費適正化の観点から、治療目的でなくうがい薬(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、調剤技術基本料を算定しない。)