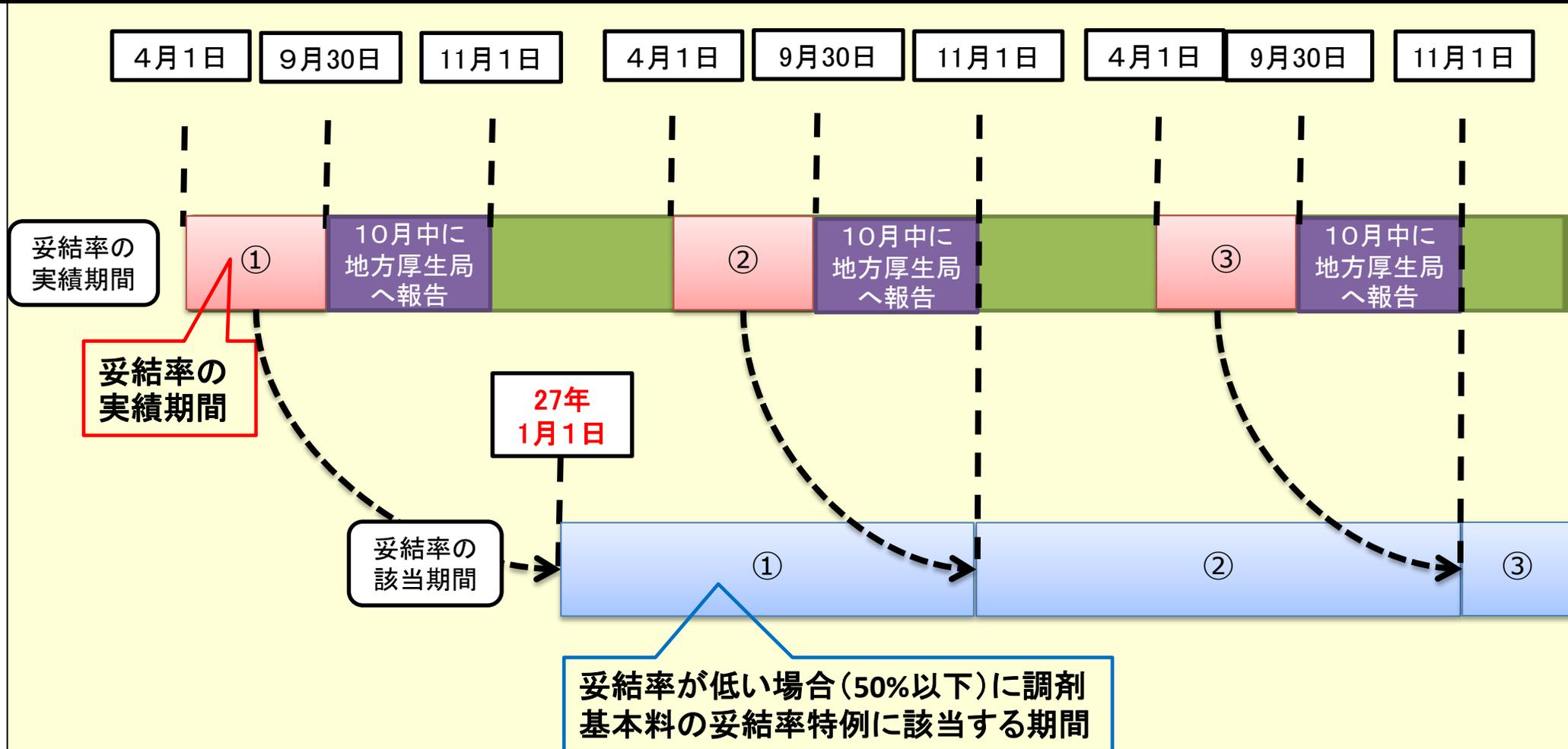


妥結率の特例の実績期間と該当期間

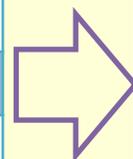


- 4月1日から9月30日を妥結率の実績期間とし、当該期間の妥結率の実績が基準を上回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。
- ただし、書類提出期間を踏まえ導入初年度のみ1月1日より適用とする。

5. 消費税率8%への引上げに伴う対応

消費税8%への引上げに伴う対応

現行	
調剤基本料	40点
調剤基本料の特例	24点
—	—
—	—
【個別項目】	
一包化加算(56日分以下)	30点
一包化加算(57日分以上)	270点
無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	40点
—	—
無菌製剤処理加算 (抗悪性腫瘍剤)	50点
—	—
—	—
—	—



改定後		うち、消費税 対応分
(改)調剤基本料	41点	(+1点)
(改)調剤基本料の特例	25点	(+1点)
(新)調剤基本料の妥結率特例	31点	(+1点)
(新)調剤基本料の特例の妥結率特例	19点	(+1点)
【個別項目】		
(改)一包化加算(56日分以下)	32点	(+2点)
(改)一包化加算(57日分以上)	290点	(+20点)
(改)無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	65点	(+10点)
(新)無菌製剤処理加算 (乳幼児用中心静脈栄養法用 輸液)	130点	(+20点)
(改)無菌製剤処理加算 (抗悪性腫瘍剤)	75点	(+10点)
(新)無菌製剤処理加算 (乳幼児用抗悪性腫瘍剤)	140点	(+20点)
(新)無菌製剤処理加算 (麻薬)	65点	(+10点)
(新)無菌製剤処理加算 (乳幼児用麻薬)	130点	(+20点)

平成26年度薬剤関連の診療報酬改定の概要

チーム医療の推進について

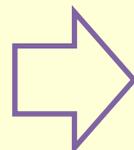
～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

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。

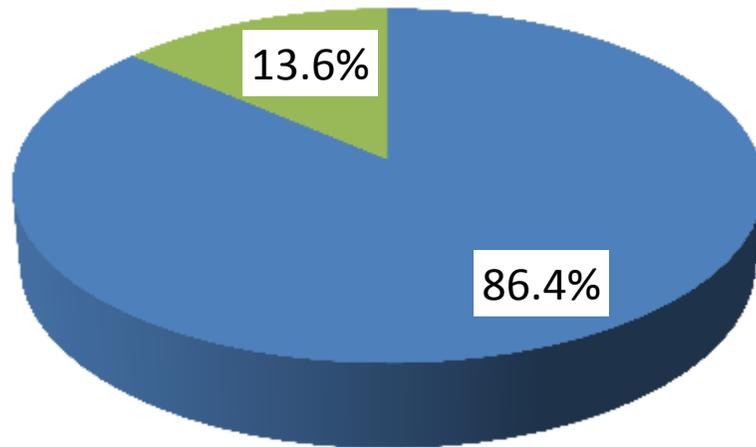
<留意事項通知にて> 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。
<施設基準通知にて> 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報提供管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれない。

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



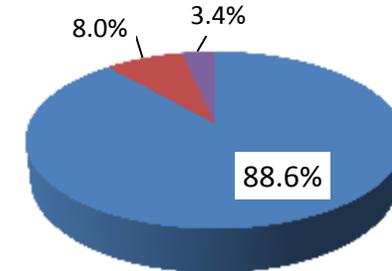
■ 4週間以降も実施している ■ 4週間以降は実施していない
■ 無回答

医師調査

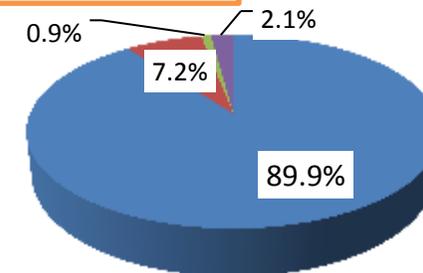
病棟に薬剤師が配置されている医師にとって、病棟薬剤業務は継続して必要な業務だと考えるか？

医師N=1,204人

一般病棟



療養病棟又は精神病棟



■ 日常的に必要な業務だと考える ■ 一時的で十分な業務だと考える
■ 不要な業務だと考える ■ 無回答

[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)

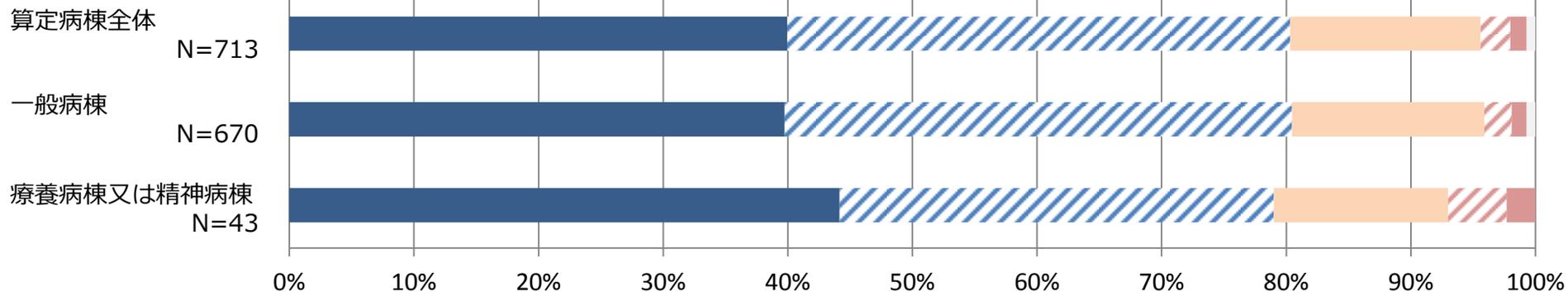
- 療養病棟又は精神病棟に配置された薬剤師の約9割は、入院4週間以降も病棟薬剤業務を行っている。
- 約9割の医師は、病棟薬剤業務が継続して必要な業務だと考えている。

「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

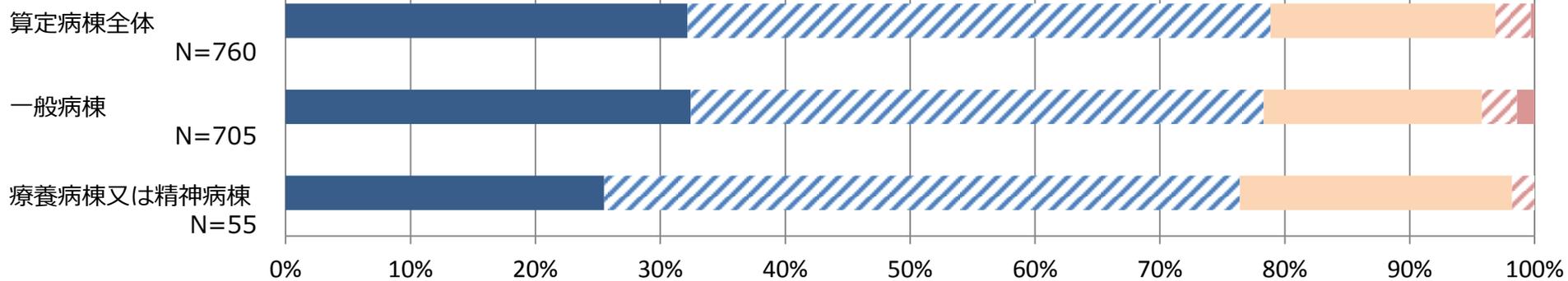
医師調査

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？

薬剤師の病棟配置



医師業務の薬剤師との分担



■ 効果があった ■ どちらかといえば効果があった ■ どちらともいえない ■ どちらかといえば効果がなかった ■ 効果がなかった ■ 無回答

〔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。

病棟薬剤業務実施加算の効果

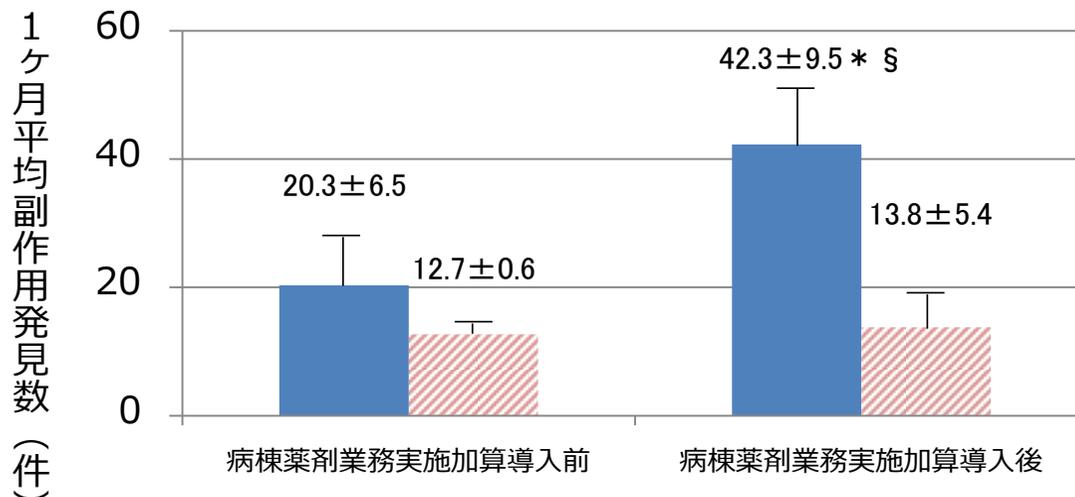
【病棟薬剤業務実施加算導入前後における処方提案件数の変化】

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】



■ 病棟専任薬剤師

▨ 他スタッフ

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)

§ 他スタッフに比べて有意(p<0.01)

〔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。

在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

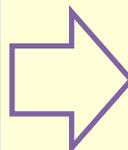
チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。

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人につき日に5回に限り算定する。

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	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 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（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、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。

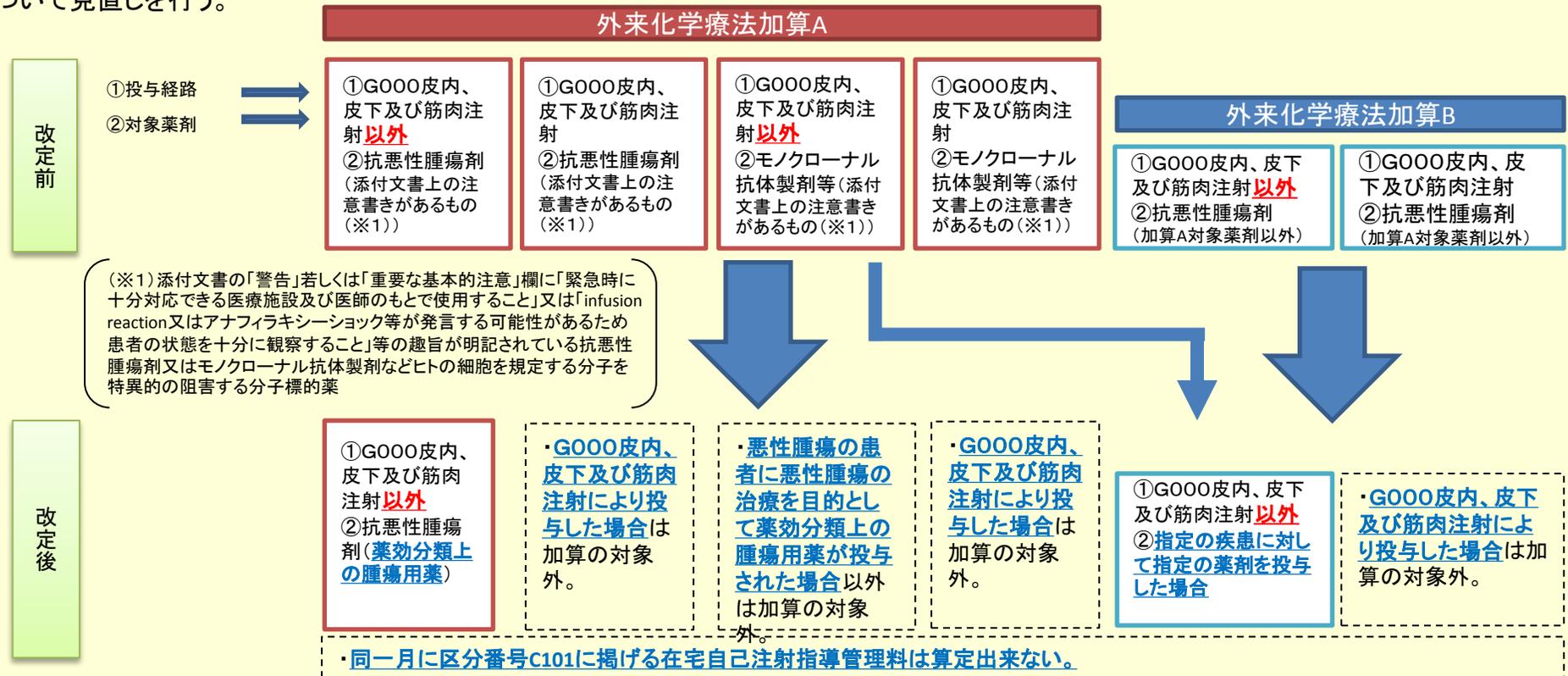
2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。

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。)

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、パーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱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

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
① データ提出指数
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数



平成26年改定後
① 保険診療指数 (改)
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
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」から改変)

・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向(Ⅰ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

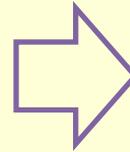
・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

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。

<留意事項通知にて>

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。

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、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。