

# 2014年度診療報酬改定

官報の内容を踏まえて

2014年3月

※2014年2月12日の答申を基にまとめた資料です。  
3月5日の官報、告示等で追加された内容は、  
緑の文字または  枠で記載しております。

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し	1
質の高い集中治療の評価について	7
短期滞在手術基本料の見直し	11
総合入院体制加算の評価	14
新生児医療の評価の見直し	17
小児特定集中治療室管理料の見直し	20

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化	21
療養病棟における在宅復帰機能の評価	24

地域包括ケアを支援する病棟の評価	25
回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し	28

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	31
病院の栄養管理体制について	33

有床診療所の機能に着目した評価	35
-----------------	----

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
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	48

### 重点課題1-3 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

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54(同一建物)
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	66
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	69
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90



# 在宅における薬剤や衛生材料等の 供給体制について

注射薬や特定保険医療材料  
衛生材料等を提供できる仕組みを整備

# 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制

## 【注射薬や特定保険医療材料】

医療機関の指示に基づき薬局が、必要な注射薬や特定保険医療材料を患者宅等に提供することを推進する。

## 【具体的な内容】

(1)在宅医療において電解質製剤及び注射用抗菌薬が使用されている実態を踏まえ、これらを保険医療機関の医師が処方できる注射薬として、対象を拡大する。併せて、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬に追加する。

(2)保険薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められていることから、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる特定保険医療材料に病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料を追加する。

## 【衛生材料等】

在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

## 【具体的な内容】

在宅療養に必要な衛生材料について、訪問看護ステーションが訪問看護計画書・訪問看護報告書に、必要量および使用実績を記載し、主治医に報告することとする。

また、主治医が「衛生材料を供給できる体制を有している」旨を届出しており、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている薬局に対し必要な衛生材料の種類とその量について指示した場合に、患者宅等に提供される仕組みを整備する。なお、これまで通り医療機関から患者に対して衛生材料を提供することも可能である。

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し	1
質の高い集中治療の評価について	7
短期滞在手術基本料の見直し	11
総合入院体制加算の評価	14
新生児医療の評価の見直し	17
小児特定集中治療室管理料の見直し	20

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化	21
療養病棟における在宅復帰機能の評価	24

地域包括ケアを支援する病棟の評価	25
回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し	28

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	31
病院の栄養管理体制について	33

有床診療所の機能に着目した評価	35
-----------------	----

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
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	48

### 重点課題1-3 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

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54(同一建物)
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	71
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90

# 小児医療の在宅療養支援

小児科外来診療料について高額な薬剤を用いた場合の評価のあり方等について見直しを行う。

現行	改定および新設
<p>B001-2 【小児科外来診療料】 [算定要件] 3歳未満のすべての患者を対象とする。ただし、在宅療養指導管理料を算定している患者については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。</p>	<p>B001-2 【小児科外来診療料】 [算定要件] 3歳未満のすべての患者を対象とする。ただし、在宅療養指導管理料を算定している患者 <u>及びパリーブズマブを投与している患者(投与当日に限る)</u> については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。</p>

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し	1
質の高い集中治療の評価について	7
短期滞在手術基本料の見直し	11
総合入院体制加算の評価	14
新生児医療の評価の見直し	17
小児特定集中治療室管理料の見直し	20

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化	21
療養病棟における在宅復帰機能の評価	24

地域包括ケアを支援する病棟の評価	25
回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し	28

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	31
病院の栄養管理体制について	33

有床診療所の機能に着目した評価	35
-----------------	----

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
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	48

### 重点課題1-3 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

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54(同一建物)
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	69
在宅歯科医療の推進等	70
<b>在宅薬剤管理指導業務の一層の推進</b>	<b>78</b>
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	82

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90

# 在宅薬剤管理指導

在宅薬剤関連  
24時間体制の強化



# 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

1. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。

## (1)基準調剤加算の評価の見直し

① 24時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。

ア) 基準調剤加算1：近隣の保険薬局と連携して24時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。

イ) 基準調剤加算2：自局単独で24時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。

② 患者又はその家族等に対し、在宅患者訪問薬剤管理指導を行うことができる旨を薬剤情報提供文書等において情報提供を行うことを周知する。

③ 『薬局の求められる機能とあるべき姿』（厚生労働科学研究費補助金事業「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究」にて公表、医薬食品局総務課より通知（平成26年1月21日薬食総発0121第1号））で掲げられている項目（※）を踏まえ、いわゆる「かかりつけ薬局」としての要件を追加する。

※患者のプライバシーに対する配慮等

④ 基準調剤加算2については、以下の項目を施設基準として追加する。

- ・在宅業務の過去の実績
- ・在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制（衛生材料を供給できる体制等）の整備
- ・在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションとの連携体制及びケアマネージャーとの連携体制の整備

# 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

現行	改定および新設
<p>【基準調剤加算】</p> <p>イ 基準調剤加算 1 10点</p> <p>ロ 基準調剤加算 2 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>通則</p> <p>イ 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。</p> <p>ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。</p> <p>ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること。</p> <p>ニ 開局時間以外の時間において調剤を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>ホ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(新規)</p>	<p>【基準調剤加算】</p> <p><u>イ 基準調剤加算 1 12点(改)</u></p> <p><u>ロ 基準調剤加算 2 36点(改)</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>通則</p> <p>イ 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。</p> <p>ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。</p> <p>ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>ニ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。</p> <p>ホ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</p>

## 現行

### [施設基準]

#### 基準調剤加算 1 の基準

十分な数の医薬品を備蓄していること。

(新規)

#### 基準調剤加算 2 の基準

イ 略

□ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。

(新規)

## 改定および新設

### [施設基準]

#### 基準調剤加算 1 の基準

イ 十分な数の医薬品を備蓄していること。

□ 当該薬局を含む近隣の薬局と連携して24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うのに必要な体制が整備されていること。

ハ 略

#### 基準調剤加算 2 の基準

イ 略

(削除)

□ 十分な数の医薬品を備蓄していること。

ハ 当該薬局のみで24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うのに必要な体制が整備されていること。

ニ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、相当の実績を有していること。

ホ 当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。

ヘ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。

# 在宅患者訪問薬剤管理指導の見直し (同一建物の減算)

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。

現行	改定および新設
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、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、患家を訪問して、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（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）に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p><u>1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)</u></p> <p><u>2 同一建物居住者の場合 300点(改)</u></p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、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、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて<u>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。</u></p>

# 保険医療機関及び保険医療養担当規則における明確化 (特定の保険薬局への誘導の禁止の明確化)

## ■ 保険医療機関及び保険医療養担当規則における明確化

在宅医療における医療機関と保険薬局との連携の強化のために、保険医療機関において、在宅薬剤管理指導業務を行い夜間・休日等の時間外に対応できる保険薬局のリストを患者に渡して説明すること等については、保険医療機関及び保険医療養担当規則における特定の保険薬局への誘導の禁止に反しないことを明らかにする。

# 在宅医療における無菌製剤処理について

**無菌調剤室**（保険薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。以下同じ。）を**有しない保険薬局**（以下「処方箋受付薬局」という。）で調剤に従事する薬剤師が、**他の無菌調剤室を有する保険薬局**（以下「無菌調剤室提供薬局」という。）の無菌調剤室を**利用して無菌製剤処理を行う**場合、処方箋受付薬局は無菌製剤処理**加算について算定できる**こととする。

## 現行

### [調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準]

- ① 薬局であること。
- ② 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。
- ③ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

## 改定および新設

### [調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準]

- ① 薬局であること。
- ② 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。ただし、薬事法施行規則（昭和36年2月1日厚生省令第1号）第15条の9第1項のただし書の場合は、この限りでない。
- ③ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。



# 在宅緩和ケアの推進

(無菌製剤処理の麻薬への拡大・乳幼児用の無菌製剤)

無菌製剤処理加算の評価対象を医療用麻薬についても拡大する。  
乳幼児用の無菌製剤は、臓器の未熟性等を考慮して、症例ごとに組成が細かく異なる輸液を調製しなくてはならないため、無菌製剤処理加算について、乳幼児に対して無菌製剤処理する場合の評価を新設する。

## 現行

### 【無菌製剤処理加算】

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薬局において、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。

## 改定および新設

### 【無菌製剤処理加算】

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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ55点、65点又は55点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ110点、120点又は110点）を加算する。

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し	1
質の高い集中治療の評価について	7
短期滞在手術基本料の見直し	11
総合入院体制加算の評価	14
新生児医療の評価の見直し	17
小児特定集中治療室管理料の見直し	20

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化	21
療養病棟における在宅復帰機能の評価	24

地域包括ケアを支援する病棟の評価	25
回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し	28

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	31
病院の栄養管理体制について	33

有床診療所の機能に着目した評価	35
-----------------	----

主治医機能の評価(その1)	42
主治医機能の評価(その2)	45
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	48

### 重点課題1-3 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

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	50
在宅療養における後方病床の評価	52
在宅不適切事例の適正化	54(同一建物)
機能強化型訪問看護ステーションの評価	61
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	63
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	64
在宅における褥瘡対策の推進	66
在宅自己注射指導管理料の見直し	68
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	69
在宅歯科医療の推進等	70
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	76
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	84

医療機関相互の連携等について	84
維持期リハビリテーションの評価	85
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	88
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	90



# 在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

## (診療報酬と調剤報酬の要件の統一)

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こととし、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。

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

#### C008【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 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、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。

### 改定および新設

#### C008【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 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、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（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 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。

# 薬剤服用歴管理指導料におけるお薬手帳の特例

薬剤服用歴管理指導料について、お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対し特例を新設する。

現行	改定および新設
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 41点</p> <p>[算定要件] 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ～ロ 略</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</p> <p>ニ～ホ 略</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 41点</p> <p>[算定要件] 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 <u>ただし、次に掲げるハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。</u></p> <p>イ～ロ 略</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</p> <p>ニ～ホ 略</p>

## ・服薬状況等の確認のタイミングの明確化

薬剤服用歴管理指導料について、服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前の処方せん受付時とするよう見直す。

# 療養病棟薬剤師配置加算要件

# チーム医療（病棟薬剤師：療養・精神病棟）

👉 現状の課題 中医協総会(平25.12.6)資料より

病棟薬剤業務実施加算は、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。



- ・療養、精神病棟において4週間以降も病棟薬剤業務を継続しているか？  
継続している 86.4%                      していない 13.6%

👉 加算の効果 中医協総会(平25.12.6)資料より

- ・加算届出後での処方提案件数は、明らかに増加している。
- ・加算届出後の1か月の平均「副作用発見数」の職種別比較では、病棟薬剤師がほぼ倍数で発見している。

## 療養病棟における病棟薬剤業務実施加算の要件緩和

病棟薬剤業務実施加算における療養病棟又は精神病棟の4週間制限を8週間まで緩和する。

### 現行

【病棟薬剤業務実施加算】  
(週1回) 100点

注 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入院している患者について、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を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、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。

### 改定および新設

【病棟薬剤業務実施加算】  
(週1回) 100点

注 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入院している患者について、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を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、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。

II 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	
II-1 患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について	
患者に対する相談支援・医療安全対策等の推進	187(感染防止対策加算)
患者の視点に立った歯科医療	189
明細書の無料発行の促進	190
DPCのデータ提出等に係る評価	191
II-2 診療報酬点数表の平易化・簡素化	
診療報酬点数表の簡素化	194
医科点数表の解釈の明確化	195
II-3 入院中のADL(日常生活動作)低下の予防と褥瘡対策について	
医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告	201
III 医療従事者の負担を軽減する視点	
III-1 救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について	
手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し	203
内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
夜間における看護補助者の評価について	207
月平均夜勤時間72時間要件を満たせなかった場合の緩和措置について	208
医師事務作業補助者の評価	210
III-2 チーム医療の推進について	
チーム医療の推進について	211
IV 効率化余地がある分野を適正化する視点	
IV-1 後発医薬品の使用促進策について	
後発医薬品の使用促進策について	215
IV-2 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて	
IV-3 平均在院日数の減少等について	
平均在院日数減少等の取組の評価	217
IV-4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	
検体検査実施料の適正化について	218
透析医療に係る評価の適正化	219
うがい薬だけを処方する場合の取扱い	221
IV-5 大規模薬局の調剤報酬の適正化等	
調剤報酬等における適正化・合理化	222
V 消費税率8%への引上げに伴う対応	
消費税率8%への引上げに伴う対応	228

# 後発医薬品について

# 後発医薬品の使用促進について

1. 保険薬局の後発医薬品調剤体制加算の要件である調剤割合を見直し、後発医薬品調剤率が高い方により重点をおいた評価とする。  
後発医薬品の調剤割合に「後発医薬品のさら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。新指標を用いた場合、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、後発医薬品の調剤数量が少ないにもかかわらず、数量シェアが高くなる可能性があることから、後発医薬品調剤体制加算の対象外とするよう適正化を図る。
2. 一般名処方が行われた医薬品については、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明し、後発医薬品を選択するよう努める旨を明確化する。

## 具体的には？

調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

保険薬局における後発医薬品の調剤を促進するため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、現行の3段階の加算から「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標の数量ベースでの**後発医薬品の使用割合が55%以上及び65%以上の2段階の加算で評価**する。

当該保険薬局において調剤した薬剤全体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%以上であることを要件とする。ただし、後発医薬品が存在せず、かつ、1回あたり使用量と薬価基準上の規格単位数量との差が非常に大きい「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」については、当該計算から除外する。



# 後発医薬品の使用促進について

## 現行

【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）

- 1 後発医薬品調剤体制加算 1 5点
- 2 後発医薬品調剤体制加算 2 15点
- 3 後発医薬品調剤体制加算 3 19点

〔施設基準〕

当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量（薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量をいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。

- 後発医薬品調剤体制加算 1 22%以上  
 後発医薬品調剤体制加算 2 30%以上  
 後発医薬品調剤体制加算 3 35%以上

（新規）

## 改定および新設

【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）

- 1 後発医薬品調剤体制加算 1 18点(改)
- 2 後発医薬品調剤体制加算 2 22点(改)  
(削除)

〔施設基準〕

① 当該保険薬局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を合算した規格単位数量（薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量をいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。

- 後発医薬品調剤体制加算 1 55%以上  
後発医薬品調剤体制加算 2 65%以上  
(削除)

② 当該保険薬局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。

・旧指標の数量シェア = 後発医薬品 / 全医薬品（「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除く。）  
 新指標の数量シェア = 後発医薬品 / （後発医薬品のある先発医薬品 + 後発医薬品）

■ 一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨を規定する。

# 調剤薬局について

24時間調剤可能な薬局

# 調剤報酬等における適正化・合理化

## 基本的な考え方

1. 処方せん枚数、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目し、いわゆる門前薬局の評価を見直す。ただし、24時間調剤が可能な保険薬局については、この限りではない。
2. 妥結率が低い場合は、薬価調査の障害となるため、妥結率が一定の期間を経ても一定率以上を超えない保険薬局及び医療機関の評価の適正化を検討する。

## 具体的な内容

### 1. 調剤基本料の特例の見直し

調剤基本料の特例について、1月に2,500枚を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるものに限る。）をその要件に加える。ただし、今回追加する特例の対象となる保険薬局であっても、24時間開局している調剤が可能な保険薬局については、調剤基本料の特例に該当しないこととする。

調剤基本料の特例の対象となる保険薬局は、基準調剤加算を算定できないこととする。

ただし、今回追加する特例の対象となる保険薬局であって、24時間開局している調剤が可能な保険薬局については、基準調剤加算1を算定できることとする。

また、調剤基本料を算定する際には、特例に該当しない旨をあらかじめ地方厚生局長等に届け出る。

# 調剤基本料の見直し

現行	改定および新設
<p>【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 40点</p> <p>注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） <b>41点</b> <b>(消費税分増点)</b></p> <p>注 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。ただし、調剤基本料の特例の□（イの場合を除く。）に該当する場合であって、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薬局においてはこの限りでない。</p> <p>イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）</p> <p><u>□ 処方せんの受付回数が1月に2,500回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるものに限る。）</u></p> <p><u>(調剤基本料の注に係る施設基準) 24時間開局をしていること。</u></p>

# 基準調剤加算の見直し

現行	改定および新設
<p>【基準調剤加算】 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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（調剤基本料の特例に該当する場合には特例に掲げる点数）に加算する。</p> <p>イ 基準調剤加算 1 10点 ロ 基準調剤加算 2 30点</p> <p>[施設基準] ① 通則 略 ② 基準調剤加算 1 の基準 略 (新設)</p> <p>③ 基準調剤加算 2 の基準 略</p>	<p>【基準調剤加算】 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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p><u>なお、調剤基本料の特例のロに該当する場合であって、特例の施設基準に適合するものとして届け出ている場合は算定しない。</u></p> <p><u>イ 基準調剤加算 1 12点(改)</u> <u>ロ 基準調剤加算 2 36点(改)</u></p> <p>[施設基準] ① 通則 略 ② 基準調剤加算 1 の基準 イ～ロ 略</p> <p><u>ハ 処方せんの受付回数が一月に四千回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤のうち特定の保険医療機関に係る処方によるものの割合が七割以下であること。</u></p> <p>③ 基準調剤加算 2 の基準 略</p>

# 妥結率が低い場合の減算

## 200床以上の妥結率の低い病院の初診料・外来診療料の減算

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、初診料等の評価を引き下げる。

現行	改定および新設
診療報酬  【初診料】 270点 (新設)	診療報酬  【初診料】 282点 (消費税分増点)  注 当該保険医療機関における妥結率（当該保険医療機関において購入された薬価基準に記載されている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に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ）に占める卸売販売業者(薬事法（昭和 35 年法律第 145号）第 34条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が <b>五割以下</b> の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、 <b>209点を算定</b> する。

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下回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険医療機関等とみなされる。

【経過措置】 導入初年度のみ1月1日より適用とする。

## 200床以上の妥結率の低い病院の初診料・外来診療料の減算

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、初診料等の評価を引き下げる。

現行	改定および新設
<p>【外来診療料】 70点 (新設)</p> <p>【再診料】 69点 (新設)</p>	<p>【外来診療料】 73点 (消費税分増点) 注 当該保険医療機関における妥結率(当該保険医療機関において購入された薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ)に占める卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が<b>五割以下</b>の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、<b>54点を算定</b>する。</p> <p>【再診料】 72点 (消費税分増点) 注 当該保険医療機関における妥結率(当該保険医療機関において購入された薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ)に占める卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が<b>五割以下</b>の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、<b>53点を算定</b>する。</p>



## 妥結率の低い調剤薬局の調剤基本料の減算

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。

現行	改定および新設
<p>【調剤報酬 【調剤基本料（処方せんの受付1回につき）】 40点  (新設)</p>	<p>調剤報酬 【調剤基本料（処方せんの受付1回につき）】 <b>41点</b> (消費税分増点)</p> <p>注 当該保険薬局における妥結率（当該保険薬局において購入された薬価基準に収載されている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に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ）に占める卸売販売業者(薬事法（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が<b>五割以下</b>の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき<b>31点</b>（注1に掲げる点数に該当する場合には<b>19点</b>）により算定する。</p>

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下回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局等とみなされる。  
【経過措置】 導入初年度のみ1月1日より適用とする。

# 調剤報酬等における適正化・合理化

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こととし、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。

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 | 550点 |
| 2 同一建物居住者の場合   | 385点 |

注 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、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。

## 改定および新設

### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

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

注 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、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（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 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。

## I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

### I-1 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	94
外来化学療法の評価の見直し	95

### I-2 精神疾患に対する医療の推進について

精神病床の機能分化	98
精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進	101
身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進	107
適切な向精神薬使用の推進	110
児童・思春期の精神科医療の推進	112

### I-3 認知症への対策の推進について

認知症対策の推進	113
----------	-----

### I-4 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について

救急医療管理加算の見直し	115
救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価	117
精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価	118
小児医療に係る評価の見直し	119
新生児の退院調整等の評価	121

### I-5 リハビリテーションの推進について

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価	124
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進	126
廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価	130
回復期・維持期のリハビリテーションの見直し	133

### I-6 歯科医療の推進について

生活の質に配慮した歯科医療の充実	134
新規医療技術の保険導入等(歯科)	147
先進医療技術の保険導入(歯科)	151

### I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

薬学的管理及び指導の充実について	153
------------------	-----

### I-8 手術等の医療技術の適切な評価

医療技術の適切な評価	156
医療技術の評価及び再評価	160
画像撮影診断料等の見直し	163
先進医療からの保険導入	165
胃瘻等について	167

### I-9 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について

新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設	171
-----------------------	-----

### I-10 DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

DPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)の見直し	173
---	-----



# がん関係の診療報酬

# がん患者指導管理の充実

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。

現行	改定および新設
<p>B001 23【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>[算定要件] (新規)</p> <p>(新規)</p>	<p><b>B001 23【がん患者指導管理料】</b></p> <p><u>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 500点</u></p> <p><u>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 200点(新)</u></p> <p><u>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(新)</u></p> <p><u>[算定要件]</u></p> <p><u>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</u>  <u>がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は医師の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に、6回に限り算定する。</u></p> <p><u>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</u>  <u>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。</u></p>

# がん患者指導管理の充実

改定および新設

## B001 23【がん患者指導管理料】

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 200点(新)

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(新)

### [施設基準]

(1) 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

① 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を修了した者であること。

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。

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

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40時間以上の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（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。）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。

☞算定の留意事項、対象患者は次ページ

# がん患者指導管理の充実

改定および新設

## B001 23【がん患者指導管理料】

### 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 200点(新)

#### [算定の留意事項]

- ①身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。
- ②患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

#### [対象患者]

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 (Decisional Conflict Scale) 40点以上のものであること。なお、STAS-Jについては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 (以下「ホスピス財団」という。) の「STAS-J (STAS日本語版) スコアリングマニュアル第3版」 (ホスピス財団ホームページに掲載) に沿って評価を行うこと。

### 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(新)

#### [算定の留意事項]

- 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。
- ②患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。



## I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

### I-1 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・・・・・・・・・・92

外来化学療法の評価の見直し・・・・・・・・97

### I-2 精神疾患に対する医療の推進について

精神病床の機能分化・・・・・・・・・・98

精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進・・・・・・・・101

身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進・・・・・・・・107

適切な向精神薬使用の推進・・・・・・・・110

児童・思春期の精神科医療の推進・・・・・・・・112

### I-3 認知症への対策の推進について

認知症対策の推進・・・・・・・・・・113

### I-4 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について

救急医療管理加算の見直し・・・・・・・・115

救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価・・・・117

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価・・・・118

小児医療に係る評価の見直し・・・・・・・・119

新生児の退院調整等の評価・・・・・・・・121

### I-5 リハビリテーションの推進について

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価・・・・・・・・124

リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進・・・・126

廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価・・・・・・・・130

回復期・維持期のリハビリテーションの見直し・・・・133

### I-6 歯科医療の推進について

生活の質に配慮した歯科医療の充実・・・・・・・・134

新規医療技術の保険導入等(歯科)・・・・・・・・147

先進医療技術の保険導入(歯科)・・・・・・・・151

### I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

薬学的管理及び指導の充実について・・・・・・・・153

### I-8 手術等の医療技術の適切な評価

医療技術の適切な評価・・・・・・・・156

医療技術の評価及び再評価・・・・・・・・160

画像撮影診断料等の見直し・・・・・・・・163

先進医療からの保険導入・・・・・・・・165

胃瘻等について・・・・・・・・167

### I-9 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について

新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設・・・・・・・・171

### I-10 DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

DPC/PDPS(急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度)の見直し・・・・・・・・173





# 外来化学療法の評価の見直し

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。

# 外来化学療法の評価の見直し

外来化学療法加算を設定した本来の趣旨を明確にするため、投与方法の見直し、対象薬剤の見直しを行う。

現行	改定および新設
<p>【外来化学療法加算 A】 [算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して算定する。</p> <p>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。</p> <p>③ 対象薬剤は、添付文書の「警告」若しくは「重要な基本的注意」欄に「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言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薬とする。 (新規)</p> <p>【外来化学療法加算 B】 [算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して算定する。</p> <p>② 外来化学療法加算 A 以外の抗悪性腫瘍剤を投与した場合に算定する。 (新規) (新規)</p>	<p>【外来化学療法加算 A】 [算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、<u>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</u>に算定する。</p> <p>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。</p> <p>③ <u>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。</u></p> <p>④ <u>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。</u></p> <p>【外来化学療法加算 B】 [算定要件]</p> <p>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。</p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p> <p><del>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。</del></p> <p>③ <u>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。</u></p>

II	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	
II-1	患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について	
	患者に対する相談支援・医療安全対策等の推進	187(感染防止対策加算)
	患者の視点に立った歯科医療	189
	明細書の無料発行の促進	190
	DPCのデータ提出等に係る評価	191
II-2	診療報酬点数表の平易化・簡素化	
	診療報酬点数表の簡素化	194
	医科点数表の解釈の明確化	195
II-3	入院中のADL(日常生活動作)低下の予防と褥瘡対策について	
	医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告	201
III	医療従事者の負担を軽減する視点	
III-1	救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について	
	手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し	203
	内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	206
	夜間における看護補助者の評価について	207
	月平均夜勤時間72時間要件を満たせなかった場合の緩和措置について	208
	医師事務作業補助者の評価	210
III-2	チーム医療の推進について	
	チーム医療の推進について	211
IV	効率化余地がある分野を適正化する視点	
IV-1	後発医薬品の使用促進策について	
	後発医薬品の使用促進策について	214
IV-2	長期収載品の薬価の特例的な引下げについて	
IV-3	平均在院日数の減少等について	
	平均在院日数減少等の取組の評価	217
IV-4	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	
	検体検査実施料の適正化について	218
	透析医療に係る評価の適正化	219
	うがい薬だけを処方する場合の取扱い	225
IV-5	大規模薬局の調剤報酬の適正化等	
	調剤報酬等における適正化・合理化	222
V	消費税率8%への引上げに伴う対応	
	消費税率8%への引上げに伴う対応	228

## うがい薬だけの処方取り扱い

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	改定および新設
<p>【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】</p> <p>(新規)</p>	<p>【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】</p> <p><u>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、調剤技術基本料を算定しない。</u></p>