

## 平成26年度診療報酬改定のポイント

### 日本病院薬剤師会

常務理事・医療政策部長 川上 純一

#### ●診療報酬改定の基本方針●

最初に、社会保障審議会より示されました、平成26年度診療報酬改定の基本方針について説明します。この方針における基本認識として「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」に取り組み、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」ことが示されました。重点課題は「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」の1項目でした。改定の視点には「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」「患者等から見てわ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」「医療従事者の負担を軽減する視点」「効率化余地がある分野を適正化する視点」の4つが挙げられました。最初の「充実が求められる分野」には「緩和ケアを含むがん医療の推進」「かかりつけ薬局機能を活用し、患者個々の薬歴をふまえた的確な投薬管理・指導の推進」等が含まれています。また3番目の「医療従事者の負担軽減」では「チーム医療の推進」が、4番目の「効率化余地がある分野」では「後発医薬品の使用促進」が挙げられています。我々、病院薬剤師としても「わが国の医療の方向性」やその中で「何が求められるのか」「どんな貢献ができるのか」を考えるうえでも、これらの診療報酬改定の基本方針を理解することが大切かと思えます。

#### ●改定のポイント——注目は後発医薬品指数の新設●

次に、主な個別改定項目についてご紹介します。まず、病棟薬剤業務実施加算についてです。前回の平成24年度改定における新設時は「療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料または特定機能病院入院基本料のうち精神病棟に限るもの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」とあった制限が『8週間』に緩和されました。これは「療養病棟また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ふまえて、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った」ことによります。

また、算定要件の項目において、医薬品情報の収集や医療従事者への周知および担当医へ

の文書提供のなかに「医薬品・医療機器等の回収等」が追加されました。さらに、算定要件における努力義務として「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」が追加されました。その背景として、退院時の薬剤指導等を病棟薬剤業務として充実させることはその後の円滑な外来医療・在宅医療につながるためと考えられます。

病棟薬剤業務実施加算にかかる施設基準において「医薬品情報管理室が、病棟専任薬剤師を通じて、『当該機関で発生した副作用』の情報等を積極的に収集・評価、一元的に管理」することが定められています。この『当該機関で発生した副作用』として「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」と明記されました。薬事法第77条の4の2とは副作用報告制度のことであり、一元管理の義務となった第2項は医薬関係者からの直接報告を、努力義務となった第1項とは企業報告になります。病棟薬剤業務実施加算においてはこの他の施設基準としても医薬品情報管理に関する業務内容が多く規定されています。名称には「病棟」とありますが、入院患者へのより良い病棟薬剤業務には医薬品情報管理業務の充実が根本にあることを改めてご理解ください。

次に、外来診療におけるがん化学療法です。がん患者における抗悪性腫瘍剤による副作用等の管理の重要性が増していることをふまえ、医師または薬剤師が行う管理指導の評価として「がん患者指導管理料3」が新設されました。この算定要件は「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または注射を実施あるいは予定され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また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」と定められています。点数は1回200点になります。

その施設基準としては、

- ① 化学療法の経験を5年以上有する医師およ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および3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんにかか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望ましくは複数のがん種で50症例以上有すること
- ③ 患者の希望に応じて、患者の心理状況およ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」が定められています。

がん患者管理指導料3については26年3月31日付けの疑義解釈資料（その1）のなかで次の2件が示されています。「(問) がん患者管理指導料3の対象となる抗悪性腫瘍剤の範囲はどのような考え方か」に対しては「(答) 抗悪性腫瘍剤には、薬効分類上の腫瘍用薬のほか、インターフェロン、酢酸リュープロレリン等の悪性腫瘍に対する効能を有する薬剤が含まれる」、「(問) 病棟薬剤業務実施加算における病棟専任の薬剤師は、がん患者管理指導料3の要件である専任の薬剤師と兼務することは可能か」に対しては「(答) 可能。ただし、病

棟薬剤業務の実施時間には、がん患者管理指導料3算定のための業務に要する時間は含まれないものであること」とのことです。なお、研修等の要件については今後、発表される疑義解釈資料でご確認ください。

外来化学療法加算に関しては、これを設定した本来の趣旨を明確にするため投与方法と対象薬剤の見直しが行われました。外来化学療法加算Aの算定要件としては「薬効分類上の腫瘍用薬を、皮内、皮下及び筋肉内注射以外により投与した場合」、外来化学療法加算Bでは関節リウマチ等の患者に対して「インフリキシマブ製剤、トシリズマブ製剤、アバタセプト製剤を投与した場合」に算定すると定められました。また外来化学療法加算A、B共に「在宅自己注射指導管理に係る指導管理を行った場合であっても、同一月に在宅自己注射指導管理料は算定できない」とされました。

DPC制度の見直しのなかでは、機能評価係数Ⅱにおいて「後発医薬品指数」が新設されました。これは「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、入院医療において使用される後発医薬品の使用割合を新指標での数量ベースに基づいて評価するものです。この新指標とは「後発医薬品の数量」を、それに「後発医薬品のある先発医薬品の数量」を加えた値で除して得られる指数であり、新たな政府目標値である数量シェア60%で最高評価になります。機能評価係数Ⅱにおける各係数への重み付けは等分になりますので、後発医薬品指数の新設はインパクトのある改定と考えられます。なお、評価対象の使用量は、改定2年前の10月1日から改定前年の9月30日までのデータになります。

DPC制度の適正な運用に向けた対応として、入院時持参薬の取り扱いがあります。今回新たに「入院予定の患者に対して、入院契機の傷病を治療するための薬剤を、特段の理由がない限り、外来での事前処方等により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」が定められました。その例として「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」が挙げられています。

以上述べた以外にも、在宅患者訪問薬剤管理指導の要件及び点数の統一、適切な向精神薬使用の推進、うがい薬だけを処方する場合の取り扱い等についての改定も行われています。詳細は日本病院薬剤師会ホームページの「平成26年度診療報酬改定について」をご覧ください。できれば幸いです。