

平成28年度診療報酬改定のポイントについて

日本病院薬剤師会

常務理事・医療政策部長 川上 純一

●平成28年度診療報酬改定の基本方針●

平成28年度診療報酬改定の基本方針として「超高齢社会における医療政策の基本方向」「地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築」「経済成長と財政健全化との調和」が示されました。4つの基本的視点として、①地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点、②患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質の高い医療を実現する視点、③重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点、④効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点が挙げられました。将来を見据えた課題としては、平成30年度の医療介護提供体制改革や地域包括ケアシステム構築に向けた種々の議論が記されています。私ども薬剤師についても、入院・外来医療におけるチーム医療の推進、地域・在宅医療における役割の拡充、医療機関や薬局等における多職種連携への取り組み、かかりつけ薬剤師・薬局による薬学的管理、後発医薬品の使用促進や、重複・多剤投薬の削減等を通じた医薬品適正使用の推進など、多くの関わりが求められます。

●高度急性期医療を担う治療室における病棟薬剤業務実施加算2の新設●

病院薬剤師関連の改定項目としては、病棟薬剤業務実施加算2が新設されました。これは、特定集中治療室等の高度急性期医療を担う治療室において、薬剤関連業務を実施するために薬剤師を配置することへの評価です。1日80点が算定でき、DPC対象病院においても出来高評価の対象になります。主な算定要件は、これまでの病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っていること、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料または総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室に専任の薬剤師を配置して週20時間以上の病棟薬剤業務を実施していることです。なお、ハイケアユニット入院医療管理料の治療室は対象外です。病棟薬剤業務実施加算2の新設に併せて、薬剤管理指導料1の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合(420点)」が廃止されます。

これまで薬剤管理指導料1の留意事項に記されていた「薬学的管理指導により把握した必要な情報の医師へのすみやかな提供」や「意識障害等の状態にあり直接服薬指導ができない患者へのその他の薬学的管理指導」は病棟薬剤業務として実施していくこととなります。この廃止により、病棟薬剤業務実施加算を算定できていない病院では、特定集中治療室等への薬剤師配置が逆に阻害される懸念もあります。そのため平成28年9月30日までの経過措置が取られますが病棟薬剤業務実施加算2との併算定はできません。

薬剤管理指導料2の「特に安全管理が必要な医薬品（いわゆるハイリスク薬）が投薬または注射されている患者に対して行う場合（380点）」と薬剤管理指導料3の「その他の患者に対して行う場合（325点）」は、それぞれ同1と2として継続されます。380点対象のハイリスク薬である血液凝固阻止剤について、「ワルファリンカリウム、チクロピジン塩酸塩、クロピドグレル硫酸塩及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る」との但し書きが削除され、「具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載」する旨が追記されました。

●多剤投薬の患者に対する減薬の評価●

次に、多剤投薬の患者に対して処方内容を総合的に評価したうえで調整し、減薬を伴う指導を行った場合の評価として、薬剤総合評価調整加算および薬剤総合評価調整管理料・連携管理加算が新設されました。入院患者については、入院前に6種類以上の内服薬が処方されていたものについて退院時に2種類以上減少した場合、精神病床の入院患者では抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に2種類以上減少した等の場合、あるいはクロルプロマジン換算を用いた評価では2,000mg以上内服していたものについて1,000mg以上減少した場合に、薬剤総合評価調整加算として退院時に1回250点が算定できます。外来患者については、6種類以上の内服薬が処方されていたものについて2種類以上減少した場合に、薬剤総合評価調整管理料として月1回250点が算定できます。さらに、外来患者では処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関または保険薬局との間で照会または情報提供を行った場合は、連携管理加算として50点が加算できます。これらの新設により、単に処方薬剤数の減少のみならず、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に評価して調整する取り組みが進むことが期待されます。

医療技術評価においては、抗がん剤への曝露防止等の観点から、閉鎖式接続器具を用いた場合の無菌製剤処理料1の対象薬剤を拡大するとともに、実勢価格を踏まえた評価の見直しが行われました。これまでは、閉鎖式接続器具をイホスファミド、シクロホスファミドおよびベンダムスチン塩酸塩の3薬剤について用いた場合は150点、それ以外の場合は100点とされていた薬剤による区分が削除され、180点に増点されました。また、閉鎖式接続器具を使用しない場合は、これまでの50点から45点に減点になりました。無菌製剤処理料1の算定要件として、これまでは「安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましいこと」と努力規定であったものが、「望ましいこと」が削除されて義務規定になっています。これにより、発がん性等を有する化学物質を含有する抗がん剤

に対する曝露防止対策が進むことが期待されます。

●後発医薬品の使用促進に対する評価●

後発医薬品の使用促進については、昨年6月末に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針（いわゆる骨太の方針）2015」において、「数量シェアの目標値については、2017年（平成29年）末に70%以上とするとともに、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする」ことが定められました。これを受けて、院内処方を行っている診療所における後発医薬品の使用体制に係る評価として、外来後発医薬品使用体制加算1と2が処方料への加算として新設されました。この加算1と2について、要件の数量シェアと点数は、それぞれ70%以上と4点、60%以上と3点になっています。施設基準として、薬剤部門または薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえて後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所であることが求められます。その届出においては、後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付することが必要です。また、一般名処方については、後発医薬品が存在する全ての医薬品を一般名で処方している場合の評価として一般名処方加算1（3点）が新設されました。

入院患者については、後発医薬品使用体制加算は、旧指標の採用品目数での割合から数量シェアに変わり、上を70%以上とする3段階での設定になりました。また、DPC対象患者では、機能評価係数Ⅱの後発医薬品係数の上限が60%から70%に引き上げられました。

●その他のポイント●

今回、解説した項目以外にも、施設基準における常勤の取り扱いの緩和、医療機関と薬局との連携による残薬対応を可能にする処方箋様式の変更、湿布薬処方の70枚制限、喘息治療管理料2（280点）の新設、在宅患者訪問薬剤管理指導料の回数制限と同一世帯の複数患者の場合における一人目の点数の見直し等があります。詳細につきましては、厚生労働省および日本病院薬剤師会のホームページ等でご確認ください。