

平成 28 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

《 1. 入院基本料》

●病棟薬剤業務実施加算

新設 病棟薬剤業務実施加算 2 80 点 (1 日につき)

[算定要件]

病棟薬剤業務実施加算 2

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又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おいて、病棟薬剤業務実施加算 1 と同様の病棟薬剤業務を実施していること。

[施設基準]

- ①病棟薬剤業務実施加算 1 の届出を行っていること。
- ②病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1 週間につき 20 時間以上病棟薬剤業務を実施していること。

●薬剤総合評価調整加算

新設 薬剤総合評価調整加算 250 点 (退院時に 1 回)

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に 1 回に限り所定点数を算定する。

- (1) 入院前に 6 種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して 4 週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が 2 種類以上減少した場合
- (2) 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が 2 以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で 2,000mg 以上内服していたものについて、1,000mg 以上減少した場合を含めることができる。

●認知症ケア加算

新設 1 認知症ケア加算 1

イ 14日以内の期間 150点

ロ 15日以上期間 30点

[算定可能病棟]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟除く。）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料

[算定要件]

- (1)対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランク 207Ⅲ以上に該当する者。
- (2)身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

[施設基準]

1 認知症ケア加算1の施設基準

- (1)当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。

ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師

イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。

《 2. 医学管理等 》

●薬剤管理指導料 1

削除	薬剤管理指導 1	430 点	→	削除	※
	薬剤管理指導 2	380 点	→	薬剤管理指導 1	380 点
	薬剤管理指導 3	325 点	→	薬剤管理指導 2	325 点

※ 改定前の薬剤管理指導料 1（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）は、平成 28 年 9 月 30 日まで、なお効力を有するが、病棟薬剤業務実施加算 2 との併算定はできない。

[対象患者]

薬剤管理指導料の「1」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗 HIV 薬が投薬又は注射されている患者をいう。

●薬剤総合評価調整管理料

新設	薬剤総合評価調整管理料	250 点（月 1 回に限り）
	連携管理加算	50 点

[算定要件]

- (1) 薬剤総合評価調整管理料 保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6 種類以上の内服薬（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して 4 週間以内の薬剤を除く。）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が 2 種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。
- (2) 連携管理加算 処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号 B009 診療情報提供料（I）は算定できない。

《 3. 在宅医療 》

●在宅患者訪問薬剤管理指導

注の見直し 在宅患者訪問薬剤管理指導

注1 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（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1週につき40回に限り算定できる。

※ なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

《 4 . がん関連》

● 地域がん診療病院・小児がん拠点病院

項目の見直し がん診療連携拠点病院加算 500点 → 1 がん診療連携拠点病院加算
イ がん診療連携拠点病院 500点
ロ 地域がん診療病院 300点（新）
2 小児がん拠点病院加算 750点（新）

点数の見直し 外来化学療法加算

イ 外来化学療法加算 1

(1) 外来化学療法加算 A

① 15歳未満 780点 → 820点

② 15歳以上 580点 → 600点

(2) 外来化学療法加算 B

① 15歳未満 630点 → 670点

② 15歳以上 430点 → 450点

ロ 外来化学療法加算 2

(1) 外来化学療法加算 A

① 15歳未満 700点 → 740点

② 15歳以上 450点 → 470点

(2) 外来化学療法加算 B

① 15歳未満 600点 → 640点

② 15歳以上 350点 → 370点

《 5. 医療技術 》

●無菌製剤処理料

項目の見直し 無菌製剤処理料 1

イ	閉鎖式接続器具を使用した場合		→	180点（新）
	(1)揮発性の高い薬剤の場合	150点	→	削除
	(2)(1)以外の場合	100点	→	削除
ロ	イ以外の場合	50点	→	45点

●喘息治療管理料

新設 喘息治療管理料 2 280点

注3 2については、別に厚生労働大臣が定める 基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者（6歳未満又は65歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。

《 6. 後発医薬品 》

●後発医薬品使用体制加算

項目の見直し

			後発医薬品使用体制加算 1	42 点 (新)
後発医薬品使用体制加算 1	35 点	→	後発医薬品使用体制加算 2	35 点
後発医薬品使用体制加算 2	28 点	→	後発医薬品使用体制加算 3	28 点

[施設基準]

- ① 当該保険医療機関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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあっては 70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 60%以上 70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては 50%以上 60%未満であること。
- ② 当該保険医療機関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。

●外来後発医薬品使用体制加算（院内処方を行っている診療所）

新設 外来後発医薬品使用体制加算 1 4 点

外来後発医薬品使用体制加算 2 3 点

[施設基準]

- (1) 薬剤部門又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、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関（診療所に限る。）であること。
- (2) 当該保険医療機関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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあっては 70%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 60%以上であること。
- (3) 当該保険医療機関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。
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

●一般名処方加算

注の見直し

			一般名処方加算 1	3 点 (新)
一般名処方加算	2 点	→	一般名処方加算 2	2 点

[算定要件]

一般名処方加算 1

交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定できる。

《 7 . DPC 関連 》

● 後発医薬品指数

評価の見直し 後発医薬品指数

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、厚生労働省が公表するマスターを元に数えた数量をいう。）

※数量ベースで 70% を評価上限とする

《 8. その他 》

● 投薬

注の追加 調剤料・処方料・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、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合には算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

注の追加 薬剤料

入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。