

Reach

2024.
Spring
No. 11

CONTENTS

- 特集 ■ 令和6年度診療報酬改定のポイント
—複雑な診療報酬・介護報酬・障害福祉のトリプル改定—
高崎健康福祉大学 健康福祉学部医療情報学科 教授 木村 憲洋先生 …… 01
- 連載 ■ 薬剤師の法的パラダイム(第11回)
令和6年度診療報酬改定に関連する法的留意点 …… 10

令和6年度診療報酬改定のポイント —複雑な診療報酬・介護報酬・障害福祉のトリプル改定—



高崎健康福祉大学
健康福祉学部医療情報学科 教授
木村 憲洋 先生

今回の診療報酬改定は、とても複雑に見えます。しかし、1つ1つを丁寧に見れば細かい改定であり納得がいくものではないでしょうか。一方で、これまで通常の調剤業務で算定されてきたような部分は厳しい改定となり、医療機関や薬局の経営の本質や提供するサービスについて考えながら経営しなければならない新たな時代の幕開けとなりました。

1. はじめに

2024年(令和6年)は、診療報酬・介護報酬・障害福祉のトリプル改定が行われます。これは、2025年に向けた医療提供体制作りの一環といえます。

また、診療報酬についても新たなステージに入ったと感じられる部分があります。それは、施設基準が全国から集められたデータを分析することによって改定されたという点です。

これまでの診療報酬改定では、厚生労働省が意図しない解釈により算定が増えるようなケースもあり

ました。予想されるのは、これからの診療報酬点数は大きな改定が少なく、データに基づくマイナーな改定が続く、全国の医療機関にとって、どんどん厳しくなっていくのではないかと思います。

これからの医療機関経営は、診療報酬の算定だけでなく、他の医療機関との差別化により患者数を増やし、充実した医療を効率的に提供することが、ますます重要になるのではないのでしょうか。

2. 外来医療に関する改定

令和6年度診療報酬改定は、医療機関の外来に大きな影響を与えたことは間違いありません。診療所においては、生活習慣病が特定疾患療養管理料の対象疾患から外れ、診療所と病院においては、処方箋料の見直しが行われました。また、大きな政策転換となるのが敷地内薬局への対応となります。

外来医療の改定においては、表1のように初診料が3点、再診料と外来診療料が2点上がりました。また、初診料については、医療DX推進体制整備加算として

表1 初診料と再診料の改定

- ① 初診料 288点 → 291点
+医療DX推進体制整備加算 8点/月
+医療情報取得加算 1:3点、医療情報取得加算 2:1点
- ② 再診料 73点 → 75点
+医療情報取得加算 3:2点、医療情報取得加算 4:1点/3ヶ月
- ③ 外来診療料(一般病床200床以上) 74点 → 76点
+医療情報取得加算 3:2点、医療情報取得加算 4:1点/3ヶ月

8点算定できます。月1回の算定とありますが、複数科受診の場合は、初診料が2回目算定できることがあるためです。また、初診料と再診料に対する加算として、医療情報取得加算があります。マイナンバーカードを保険証として使わない場合は、初診料3点、再診料2点が加算されるようになり、使う場合は、初診料1点、再診料・外来診療料1点(3ヶ月に1回)が加算されます。

処方箋料については、表2のように基本的に8点下がることになりました。さらに、直近3ヶ月の処方箋の交付が12,000件あり、新たな特別調剤基本料A(敷地内薬局向けの報酬)と不動産取引などの関係があることで、7種類未満の内服が68点から42点、7種類以上の内服が40点から29点と大幅に下げられることとなりました。

① 抗菌薬適正使用加算

外来感染対策向上加算として、抗菌薬適正使用加算5点が算定できるようになりました。施設基準は、外来感染対策向上加算を算定し、抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること、直近6ヶ月に使用した抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上、又はサーベイランスに参加している診療所全体の上位30%以内であることとしています。

ところで、Access抗菌薬とはなんのでしょうか。WHOでは、抗菌薬をAWaRe(Access, Watch, Reserve)の3つに分類しています。Accessは「一般的な感染症の第一選択又は第二選択薬として用いられる耐性化の懸念の少ない抗菌薬」、Watchは「耐性化が懸念されるため、限られた疾患や適応にのみ使用すべき抗菌薬」、Reserveは「AMR(薬剤耐性)のために他の手段が使用できなくなった時にのみ使用される、最後の手段として取り扱うべき抗菌薬」と定義されています。これから厚生労働省はこのようなWHOの分類で抗菌薬に対する使用を制限するような改定を行っていくことになるでしょう。

② 特定疾患療養管理料の対象疾患の変更

診療報酬改定率が出た当初、生活習慣病関連で-0.25%とありました。今回の診療報酬改定で外来に大きく影響を与えるのが、生活習慣病関連の加算と

表2 処方箋料

① 処方箋料	
1) 3種類以上の抗不安薬など	28点 → 20点
2) 1)以外の7種類以上の内服	40点 → 32点
3) 上記以外	68点 → 60点
② 処方箋料(特別調剤基本料A)	
1) 3種類以上の抗不安薬など	28点 → 18点
2) 1)以外の7種類以上の内服	40点 → 29点
3) 上記以外	68点 → 42点

して算定されていた特定疾患療養管理料関連の改定であることは間違いありません。これまで特定疾患療養管理料は、生活習慣病など決められた疾患を持つ患者に外来で指導することで、診療所であれば225点が加算できました。そのため今回の改定は診療所などに大きな影響を与えると思われます。

さて、改定では特定疾患療養管理料の対象疾患から脂質異常症、高血圧症、糖尿病といった生活習慣病の病名を削除しました。対象疾患から削除されるということは、この加算を算定できないこととなります。そこで厚生労働省は、生活習慣病管理料(Ⅱ)333点を新設し置き換えを行いました。表3のように改定前の特定疾患療養管理料と今回新設の生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定モデルを作り、診療報酬の計算をしてみると診療所だけが16点下がり、100床未満の病院は62点、200床未満の病院は122点上昇します。

ちなみに、生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定については、表4のようになります。この中でのポイントは、療養計画書の策定と患者に丁寧に説明し署名をもらうことです。これまでの特定疾患療養管理料については、患者に口頭で説明しカルテへ指導内容を記載するといった簡単なものでした。この署名の部分は生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定する医療機関にとって大きな課題となります。療養計画書の策定と患者の署名については、電子カルテ情報共有サービスを活用することで交付と署名を行っているものとみなすとしています。どちらにせよ、診療所の経営に大きな影響を与える可能性があります。

表3 特定疾患療養管理料の算定と生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定の例

特定疾患療養管理料(改定前)			生活習慣病管理料(Ⅱ)		
再診料	73点		再診料	75点	
外来管理加算	52点		生活習慣病管理料(Ⅱ)	333点	
特定疾患療養管理料					
診療所	225点				
100床未満病院	147点				
200床未満病院	87点				
特定疾患処方管理加算					
28日以上処方	66点(改定後56点)				
処方箋料	68点		処方箋料	60点	
合計			合計		
診療所	484点		診療所	468点	
100床未満病院	406点		100床未満病院	468点	
200床未満病院	346点		200床未満病院	468点	

表4 生活習慣病管理料(Ⅱ)のポイント

1	対象疾患	▶ 脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者
2	療養計画書の作成(別紙様式9)	▶ 療養計画書により丁寧に説明し、患者の同意を得て患者の署名を受ける。
3	診療報酬の算定	▶ 外来管理加算と一部の医学管理料などについては算定できないが検査などは算定できる。
4	その他	▶ 28日以上長期投薬カリフィル処方箋の交付

3. 在宅医療に関する改定

在宅医療については、外来や入院と比較して診療報酬点数について悩ましいことはありません。むしろ、以前から在宅医療に注力している医療機関では報酬が増えるところがあるのではないのでしょうか。大きな改定は、①往診料と②在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料です。

① 往診料に対する改定

往診料については、在宅ターミナルケア加算が算定できるようになりました。在宅ターミナルケア加算と看取り加算は、これまで在宅患者訪問診療料で算定できたものが、往診料で算定できるようになったことは大きな意義があります。これまで、在宅ターミナルケア加算と看取り加算を算定するには、在宅患者訪問診療料を死亡日前14日の間に2回行わなければなりませんでした。

今回の改定では、患者が退院後数日で亡くなった場合でも、退院時共同指導料1を算定し往診を実施した場合に算定できることとなりました。つまり、退院時のカンファレンスを病院で行うことで、ターミナルケア

加算と看取り加算を算定することができます。さらに、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算なども往診料で算定できます。

② 在宅時医学総合管理料と

施設入居時等医学総合管理料の改定

在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料については、一律で15点の引き下げとなりました。そして、大きく変わったのがこれまで表5のように同一建物の患者に対する診療で①1人、②2～9人、③10人以上としていた部分が改定され、新たに③10～19人、④20～49人、⑤50人以上が設けられたことです。大規模の施設で多くの患者に対して訪問診療を行っている場合は報酬が下がることになりました。

医師の遠隔死亡診断も可能となります。情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医師の指示の下にオンラインで医師の死亡診断の補助をした場合には、遠隔死亡診断補助加算として150点加算されます。

表5 在宅時医学総合管理料の改定

改定前:機能強化型(病床なし)	改定後:機能強化型(病床なし)
(1)別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して月2回訪問診療	(1)別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して月2回訪問診療
①単一建物診療患者1人 5,000点	①単一建物診療患者1人 4,985点
②単一建物診療患者2～9人 4,140点	②単一建物診療患者2～9人 4,125点
③単一建物診療患者上記以外 2,640点	③単一建物診療患者10～19人 2,625点
	④単一建物診療患者20～49人 2,205点
	⑤単一建物診療患者上記以外 1,935点
(2)月2回以上訪問診療	(2)月2回以上訪問診療
①単一建物診療患者1人 4,100点	①単一建物診療患者1人 4,085点
②単一建物診療患者2～9人 2,200点	②単一建物診療患者2～9人 2,185点
③単一建物診療患者上記以外 1,100点	③単一建物診療患者10～19人 1,085点
	④単一建物診療患者20～49人 970点
	⑤単一建物診療患者上記以外 825点

4. 入院医療に関する改定

入院医療については、超急性期医療では施設基準が厳しくなり、急性期医療では一般病棟の重症度、医療・看護必要度の基準が変更となります。回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟については、大きな変更はないもののリハビリテーションに関する新たな診療報酬出現により回復期リハビリテーション病棟が影響を受けることになりそうです。

慢性期医療については、療養病棟の医療区分が2つに分けられ、9つの入院料で評価されていたものが30に分けられました。また、障害者施設等入院料などについても施設基準が厳しくなりました。入院医療では、久しぶりに新たな入院料として地域包括医療病棟が新設されています。

それでは以下で入院医療について説明します。

① 超急性期医療の改定

救命救急入院料と特定集中治療室管理料の入院料は、1日あたり40点程度上がっています。特定集中治療室管理料1～4は施設基準の変更があり、新たな特定集中治療室管理料5、6が新設されています。重症度、医療・看護必要度は特定集中治療室管理料1が70%から80%へ変更となっており、さらに、SOFAスコア5以上の患者が10%という基準になっています。特定集中治療室管理料3については重症度、医療・看護必要度は70%のまま変更はなく、SOFAスコア3以上の患者が10%以上という基準になりました。そして、特定集中治療室管理料1～4に共通するのが、配置される医師が宿日直を行う医師ではないということです。

そこで、気になるのは、宿日直を行う医師が専任となっている場合は、どのようになるのかです。専任の医師が宿日直を行う場合のために特定集中治療室管理料5が新設されました。特定集中治療室管理料5の施設基準は、宿日直を行っている専任の医師を含み、

その医師が常時保険医療機関内に勤務していること、治療室の届出時点で継続して3月以上、特定集中治療室管理料1～4又は救命救急入院料を算定していることとしています。特定集中治療室における医師の体制を宿日直で行っている保険医療機関では、特定集中治療室管理料5、6へ落とす必要が出てきます。

表6の特定集中治療室管理料1、3と新たにできた5を比較してみると、特定集中治療室管理料1の改定前と5では5,300点程度、特定集中治療室管理料3の改定前と5では811点の差となります。もし、これまで通りの算定ができないとなると病院経営に大きな影響を与えます。

超急性期については、特定集中治療室管理料だけではなくハイケアユニット入院医療管理料に対して厳しい施設基準の改定がありました。重症度、医療・看護必要度がハイケアユニット入院医療管理料に対して行われ、表7に示すような評価基準の見直しなどが行われました。①創傷処置、③呼吸ケアについては一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を

表6 特定集中治療室の改定

改定前	改定後
1 特定集中治療室管理料1 イ 7日以内の期間 14,211点 ロ 8日以上期間 12,633点	1 特定集中治療室管理料1 イ 7日以内の期間 14,406点 ロ 8日以上期間 12,828点
3 特定集中治療室管理料3 イ 7日以内の期間 9,697点 ロ 8日以上期間 8,118点	3 特定集中治療室管理料3 イ 7日以内の期間 9,890点 ロ 8日以上期間 8,307点
	5 特定集中治療室管理料5 イ 7日以内の期間 8,890点 ロ 8日以上期間 7,307点

表7 ハイケアユニット入院医療管理料の重症度、医療・看護必要度

項目	令和6年度診療報酬改定の変更点
①創傷処置	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為(重度褥瘡処置を除く。)が実施された場合
②蘇生術の施行	(改定なし)
③呼吸ケア	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為が実施された場合
④点滴ライン同時3本以上の管理	「注射薬剤3種類以上の管理」に変更し、評価対象は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における同項目と同様とする
⑤心電図モニターの装着	削除
⑥輸液ポンプの管理	削除
⑦動脈圧測定	(改定なし)
⑧シリンジポンプの管理	
⑨中心静脈圧測定	
⑩人工呼吸器の装着	
⑪輸血や血液製剤の管理	
⑫肺動脈圧測定	
⑬特殊な治療法等	

表8 一般病棟の重症度、医療・看護必要度

項目	令和6年度診療報酬改定の変更点
創傷処置	重症度、医療・看護必要度Iにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度IIにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外
呼吸ケア	重症度、医療・看護必要度Iにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度IIにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合
注射薬剤3種類以上の管理	初めて該当した日から7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外
シリンジポンプの管理	(改定なし)
輸血や血液製剤の管理	
専門的な治療・処置	①「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外 ②「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外 ③「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」、「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
救急搬送後の入院	5日間から2日間に変更

採用することになり、④点滴ライン同時3本以上の基準も一般病棟の注射薬剤3種類以上に変更となりました。さらに、重症度、医療・看護必要度の施設基準が割合①と割合②に分かれました。割合①については、A項目における「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「人工呼吸器の装着」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定」又は「特殊な治療法等」の割合となり、割合②については、これまで通りのA3点、B4点をクリアする必要があります。ハイケアユニット入院料1については、割合①が15%、割合②が80%、ハイケアユニット入院料2は、割合①が15%、割合②が65%となっています。ハイケアユニット入院料についても施設基準を維持していくことが厳しくなりました。

② 急性期医療の改定

急性期医療の改定は2つのポイントがあります。1つは、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の変更と救急医療管理加算です。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度は表8のように変更となります。創傷処置と呼吸ケアについては、重症度、医療・看護必要度IIの基準で評価することになります。また、注射薬剤3種類以上の管理については、評価対象からアミノ酸、糖、電解質、ビタミン等の静脈栄養に関する薬剤が除外されています。さらに、急性期一般病棟入院料1(7対1看護)の施設基準についても割合①と割合②の双方をクリアする必要があります。急性期一般病棟入院料1に関する重症度、医療・看護必要度は、割合①はA3点もしくはC1点、割合②についてはA2点もしくはC1点と定義されました。

急性期一般病棟入院料1については、施設基準の平均在院日数もこれまでの18日から16日へと変わります。平均在院日数が短くなることは、病院経営に大きな影響を与えます。例えば、ベッドを埋めるために平均在院日数ギリギリまで患者を入院させてベッドコントロールを行っている医療機関の場合、施設基準で

平均在院日数を短く設定されると、以前よりベッドの稼働率が低下することになります。この改定で急性期一般病棟入院料1の病床数を減らさなければならぬ医療機関が増えることになるでしょう。

③ 回復期リハビリテーション病棟の改定

回復期リハビリテーション病棟については、回復期リハビリテーション病棟入院料の診療報酬点数が上がっているものの、体制強化加算1、2が廃止となった関係で、この加算を算定していた病院では大幅な減収となることを見込まれます。また、運動器リハビリテーションがこれまで最大1日9単位可能だったものが上限6単位となります。さらに、今回は急性期医療におけるリハビリテーションを促進するような診療報酬点数ができ、急性期医療を提供する医療機関ではより急性期でのリハビリテーションに力を入れるでしょう。

●リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と急性期リハビリテーション加算(120点(14日間算定))

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、リハビリテーションと栄養・口腔管理の連携体制を推進していくための加算とされています。この加算は、「急性期一般病棟入院基本料」「特定機能病院入院基本料」「専門病院入院基本料」を算定する患者が対象となっています。入院から48時間以内に、リハビリテーションや栄養・口腔管理に関するアセスメントを行い、リハビリテーションなどを行っていくことで120点が14日間算定できるようになります。

この加算でポイントを挙げるとすると、施設基準の「直近1年間に、当該病棟への入棟後3日(入棟日の翌々日)までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数から、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち、疾患別リハビリテーション料が算定された患者数を除した割合が8割以上」としている点です。この加算を算定する条件として、急性期医療でも365日のリハ

ビリテーションを提供する必要があると規定されたのです。発症などからより早い期間にリハビリテーションを切れ目なく提供していくことで、より在宅復帰しやすい体制を作っていくことを国が考えていることは間違いありません。

続いて、急性期リハビリテーション加算については、これまで疾患別リハビリテーションに加算されていた初期加算と早期加算にさらに加算されるものとなります。これらの加算は、1単位20分に加算されるため、脳血管疾患リハビリテーション(I)245点/単位であったとしたら急性期リハ加算50点、初期加算45点/単位、早期リハ加算25点の合計の365点/単位が算定できるようになります。急性期リハビリテーション加算の対象者については、表9を参照ください。

これらの加算は、急性期の医療機関がリハビリテーションを手厚くしていく可能性を秘めています。もし、急性期病棟でリハビリテーションに注力するようになると、回復期リハビリテーション病棟はある程度ADLの良くなった患者が転院してくることになります。そのため、回復期リハビリテーション病棟1などのリハビリテーションのアウトカムを必要とする施設基準からするとクリアが厳しくなる可能性もあります。急性期の医療機関は、超急性期から急性期へとリハビリテーションの充実に対応することが、これからの収益を増やしていくための方策なのかもしれません。

④ 地域包括ケア病棟入院料の改定

地域包括ケア病棟入院料は、逡減性が導入され、これまで60日間一律だった入院料が2,809点から40日まで2,838点、41日以降が2,690点となりました。60日まで患者が入院する場合は合計の報酬が下がることとなります。地域包括ケア病棟については初期加算も改定されています。老健からの紹介と自宅からの入院については、救急搬送された患者と救急患者連携搬送料を算定する患者について高い報酬が算定できるようになりました。

⑤ 慢性期医療の改定

慢性期医療の改定は、療養病棟入院基本料の算定ロジックが変わります。図1のように、これまで医療区分

表9 急性期リハビリテーション加算の対象患者

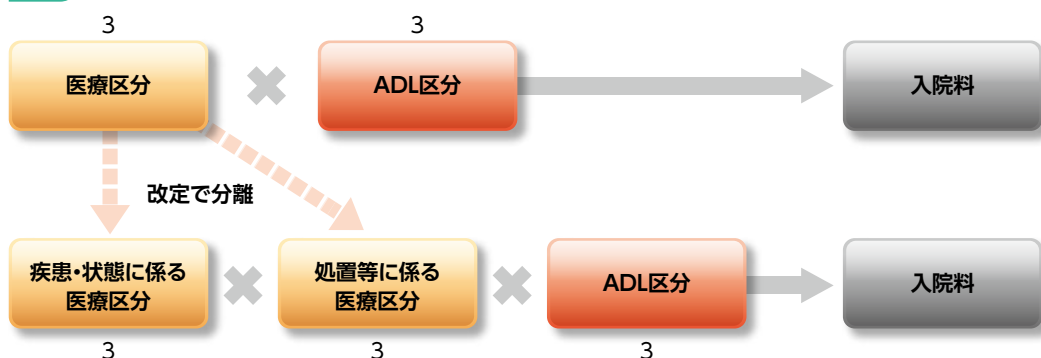
- ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。
- イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。
- ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。
 - ①動脈圧測定(動脈ライン)、②シリンジポンプの管理、
 - ③中心静脈圧測定(中心静脈ライン)、④人工呼吸器の管理、
 - ⑤輸血や血液製剤の管理、⑥特殊な治療法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)
- エ [A220-2]特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

1~3とADL区分1~3の9種類の入院料だったものが、医療区分自体が疾患・状態に係る医療区分1~3と処置等に係る医療区分1~3の2つに分かれ、ADL区分1~3との掛け算になり27種類となりました。そして、スモンだけADL区分1~3により3種類の診療報酬点数となり、合計で30の入院料に分けられたのです。

そして、これまで改定のたびに話題となっていた中心静脈栄養については表10のように分けられ、30日までが処置等に係る医療区分3と31日以降が処置等に係る医療区分2でひとまず決着がつかしました。ただし、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合については、30日を超えても処置等に係る医療区分3で評価されます。経腸栄養管理加算300点は、療養病棟において、①長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者、②経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者を対象として算定できるものとなっています。入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日間算定することが可能です。

施設基準については、栄養サポートチーム体制加算を届出しているか、療養病棟において経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること、さらに、内視鏡下嚥下機能検査(VE)か嚥下造影(VF)を実施する体制を有していることとしています。VEとVFの体制については、耳鼻咽喉科又はリハビリ

図1 療養病棟の算定



テーション科、その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えないとしています。改定で国が目指すのは、中心静脈栄養から経腸栄養への切り替えなのだと思います。

6 新たな入院料

地域包括医療病棟という高齢者の急性期医療を請け負う病棟が新設されました。看護師配置が10対1で平均在院日数21日以内、24時間の搬送を受けられる体制、緊急入院の患者15%、リハビリテーションスタッフ2名以上の配置、在宅復帰率80%という厳しい施設基準となっています。この病棟は高齢者を受け入れるための病棟と定義しているため、独特の施設基準となっています。重症度、医療・看護必要度は、割合①(A2点+B3点、A3点、C1点：必要度Ⅰ16%、必要度Ⅱ15%)と割合②(入棟初日のB3点以上が50%以上)の基準をクリアする必要があります。また、在宅復帰についても80%と厳しい基準であり、自院の一般病棟からの転棟は5%以内となっています。

図2のように職員配置や患者について48床でシミュレーションしてみると、最低限の人員配置は看護師数24名、リハビリテーションスタッフ2名、管理栄養士1名となります。また、重症度、医療・看護必要度の割合①8名、割合②35名、平均在院日数が21日なので入退院患者数がそれぞれ69名必要であり、在宅復帰は56名、自院の一般病棟からの転棟は3名まで、救急搬送などの患者が11名必要と、現実的に厳しい状況であることがわかります。

一部では、看護7対1が算定できない病棟のためにこの基準が設定されたのではないかと、という意見もありますが、実際のところこの病棟を運用していくことは厳しいと言わざるを得ません。24時間の患者の受け入れなどを行っていくためには、看護師の夜勤2名では夜間の患者受け入れは厳しく3名必要となることが予想され、3名で夜勤を行っていくためには30人程度の看護師の配置が必要となり、結局は7対1看護と同等の看護師の配置になることが予想されます。

表10 療養病棟の医療区分

疾患・状態に係る医療区分3	スモン、医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
疾患・状態に係る医療区分2	筋ジストロフィー症、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))、その他の指定難病等(スモンを除く。)、脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。)、慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)、悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)、消化管等の体内からの出血が反復継続している状態、他者に対する暴行が毎日認められる状態
処置等に係る医療区分3	中心静脈栄養：広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。二十四時間持続点滴、人工呼吸器の使用、ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔洗浄、気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る)、酸素療法(密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る)、感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
処置等に係る医療区分2	中心静脈栄養：広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。肺炎に対する治療、尿路感染症に対する治療、傷病等によるリハビリテーション(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る)、脱水に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る)、頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る)、褥瘡に対する治療(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る)、末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療、せん妄に対する治療、うつ症状に対する治療、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法、経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養(発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る)、一日八回以上の喀痰吸引、気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く)、頻回の血糖検査、創傷(手術創や感染創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療、酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く)

図2 地域包括医療病棟のイメージ



患者

- ▶ **重症度、医療・看護必要度**
割合① 8名(必要度Ⅰ、Ⅱ)
割合② 35名(B3点)
- ▶ **平均在院日数21日**
入院患者数69名/月
退院患者数69名/月
- ▶ **在宅復帰率：80%**
56名(回復期リハビリテーション病棟可能)
- ▶ **当該病院の一般病棟からの転棟患者：5%**
2名まで
- ▶ **救急搬送入院患者又はC004-2救急患者連携搬送料を算定された患者：15%**
11名

5. 診療所や病院などに関するその他の改定

精神科については、新たに精神科入退院支援加算が新設されました。これまで入退院支援加算がありましたが、今回は精神科の入院向けの報酬となっています。人員配置は専従の看護師又は精神保健福祉士の配置が必要です(看護師が専従の場合は精神保健福祉士が専任、精神保健福祉士が専従の場合は看護師が専任)。対象患者は、退院困難な要因を有する入院中の患者であって在宅での療養を希望するものとされています。通院・在宅精神療法などの退院に向けた診療報酬点数などを充実させたことが今回の改定の特徴かもしれません。

透析医療については、報酬が1回あたり9点ずつ

下がり、大きな変更はありません。その中で慢性腎臓病透析予防指導管理料がポイントになるのかもしれませんが。この加算は、初回の指導から1年以内が300点/月、1年を超えると250点/月としています。対象患者は外来の慢性腎臓病患者で、「透析になることを予防するために重点的な指導管理を要する患者」としています。ただし、糖尿病患者や透析を行っている患者が除外されています。糖尿病患者は生活習慣病管理料(Ⅱ)などで管理することが想定されているのでしょうか。実際に、透析を行っている医療機関では、透析の予備軍と考えられる患者への指導が重要になるでしょう。

6. 保険薬局に関する改定

保険薬局についてはより厳しい改定となったのではないのでしょうか。調剤基本料1~3はそれぞれ3点上がり、特別調剤基本料は7点から敷地内薬局向けの特別調剤基本料Aが5点、それ以外のBの3点に分けられました。そして、地域支援体制加算が7点下がっています(表11,12)。この時点で4点のマイナスとなっています。また、連携強化加算が3点上がり5点になります。

地域支援体制加算については、施設基準における地域医療に関連する取組の実施について、一般用医薬品及び要指導医薬品等(基本的な48薬効群)の販売、

緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応、当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱い、たばこの販売の禁止などが盛り込まれています。

そして、医療DX推進整備体制加算は4点(月1回)が算定できます。算定のためには、電子処方箋を受け付ける体制を有していること、電子カルテ情報共有サービスで取得される診療情報等を活用する体制、マイナンバーカードの健康保険証の使用について、一定の実績を有していることとしています。

表11 調剤基本料

		処方箋受付回数等及び処方箋集中度	点数
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外		45点
調剤基本料2	① 処方箋受付回数が月2,000回超~4,000回かつ処方箋集中度85%超 ② 処方箋受付回数が月4,000回超かつ上位3の医療機関の処方箋集中度の合計70%超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超~2,000回かつ処方箋集中度95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超		29点
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超~4万回かつ処方箋集中度95%超 同一グループで処方箋受付回数が月4万回超~40万回かつ処方箋集中度85%超	24点
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%超	19点
	ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%以下	35点

表12 調剤基本料

調剤基本料	地域支援体制加算
調剤基本料1 42点 ➡ 45点	調剤基本料1の薬局
調剤基本料2 26点 ➡ 29点	地域支援体制加算1 39点 ➡ 32点
調剤基本料3イ 21点 ➡ 24点	地域支援体制加算2 47点 ➡ 40点
調剤基本料3ロ 16点 ➡ 19点	調剤基本料1以外の薬局
調剤基本料3ハ 32点 ➡ 35点	地域支援体制加算3 17点 ➡ 10点
特別調剤基本料A 7点 ➡ 5点	地域支援体制加算4 39点 ➡ 32点
特別調剤基本料B 7点 ➡ 3点	

7. 保険薬局の経営のために

今後の保険薬局の経営を考慮すると、在宅薬学総合体制加算2を算定できるような体制が重要かもしれません。在宅薬学総合体制加算2の施設基準は、在宅薬学総合体制加算1の施設基準を満たし、開局時間の調剤の応需体制、かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の年間の合計24回以上、高度管理医療機器販売業の許可です。そして、ア.がん末期などターミナルケア

患者に対する体制として、①医療用麻薬の備蓄・取扱い(注射剤1品目以上を含む6品目以上)、②無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備、イ.小児在宅患者に対する体制(在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計6回以上/年)と上記のア又はイのいずれかを満たすこととしています。

8. 居宅療養管理指導料

介護報酬における居宅療養管理指導料についても改定が行われました。表13に示すように病院、診療所、薬局ともに居宅療養管理指導料については1単位ずつ上がりました。また、薬局で情報通信機器を用いて居宅療養管理指導を行う場合は、算定可能回数が月1回から月4回に改定されました。そして、①医療用麻薬持続注射療法加算(250単位)と②在宅中心静脈栄養法加算(150単位)が新設されました。

① 医療用麻薬持続注射療法加算

在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている利用者が対象であり、その投薬及び保管状況、副作用の有無等について当該利用者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に、1回につき250単位

加算できます。麻薬小売業者の免許を受けていることや高度管理医療機器の販売業の許可を受けている必要があります。

② 在宅中心静脈栄養法加算

中心静脈栄養法を行っている患者が対象であり、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合、1回につき150単位加算できます。ただし、高度管理医療機器の販売業の届出を行っている必要があります。保険薬局に対する診療報酬改定についても厳しくなっていますが、診療報酬と介護報酬の双方を意識しながら体制を整備していけば、算定には大きな影響がないのかもしれない。

表13 薬剤師が行う居宅療養管理指導料(介護報酬)

病院又は診療所の薬剤師	単一建物居住者が1人	566単位
	単一建物移住者が2~9人	417単位
	上記以外	380単位
薬局の薬剤師	単一建物居住者が1人	518単位
	単一建物移住者が2~9人	379単位
	上記以外	342単位
	情報通信機器を用いて行う場合	46単位

特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合	+100単位
医療用麻薬持続注射療法加算	+250単位
在宅中心静脈栄養法加算	+150単位

9. 令和6年度診療報酬改定で方向性は決まった

前回の診療報酬改定から、これまでの通常業務で算定できた項目が少なくなり、新たに改善が必要と思われる項目が増えています。これは、国が医療機関から集めたデータを反映した結果と思われる。

このことから、他の医療機関との差別化を図るためには、診療報酬だけを考えるのではなく、多くの患者に質の高い医療を提供し、常に質と効率を考え改善して

いく組織に変えていかなければなりません。当然、国も医療サービス提供の効率性が年々高まるように考えて医療政策を立案しているのだと思います。これから生き残れる組織は、常に改善点を模索し、医療サービスの質と効率性を高めることができた医療機関だけとなるのではないのでしょうか。



薬剤師として知っておくべき、おさえておきたい法律を紹介します。
日常業務において、薬剤師がどのように行動すべきかを考えます。



薬剤師・弁護士
赤羽根 秀宜

令和6年度診療報酬改定に関連する 法的留意点

質問

令和6年は診療報酬改定があります。薬局では改定された調剤報酬への対応を行っているところですが、それによって新たな取り組みや業務内容の変更があります。今回の診療報酬改定のうち、薬局業務で法的に留意しておきたい点を教えてください。

はじめに

今回の診療報酬改定では、報酬算定の要件変更や新たな加算等も追加されるため、各薬局で対応の検討を行っていると思います。算定は正しく行わなければならないことはもちろんですが、今回の質問にあるとおり、新たな業務を行うにあたり法的に注意しておきたい点もあるでしょうし、加算が設定されたことで患者の認知等が進み、算定の有無にかかわらず薬局で対応するための準備をしておかなければならないものもあります。そのような視点から、いくつか気になる点をご紹介します。

POINT 1

OTC医薬品の販売

地域支援体制加算においては、「地域医療に関連する取組の実施」のなかで、一般用医薬品の販売が求められるだけでなく、「一般用医薬品及び要指導医薬品等（基本的な48薬効群）の販売」が求められるようになりました。令和元年の薬機法改正で医薬品の販売を行うことが薬局の業務として明確にされたこともあり（薬機法2条12項）、それを踏まえた改定ともいえます。薬局でのOTC医薬品の取り扱いは今まで以上に求められ、販売等は多くなることも想定されます。

OTC医薬品においてもルールを遵守して販売しなければなりません。薬局において第2類医薬品の漢方薬を販売したところ購入者が末期の腎不全になったとして、薬局が訴えられた事例もあります（東京地方裁判所判決平成28年6月29日 判例タイムズ1434号231頁）。この裁判例では、第2類医薬品の情報提供が努力義務であることもあり請求は棄却されていますが、情報提供が義務となる第1類医薬品や指導が義務の要指導医薬品であれば判断が変わる可能性もあります。OTC医薬品は分類等に応じてルールが異なりますので、取り扱いが増えることを想定してそのルール

を確認しておく必要があります。調剤を受けている患者への販売であれば、処方薬を考慮した対応が求められるでしょう。

薬機法は令和7年に改正が予定されていますが、昨年開催された「医薬品の販売制度に関する検討会」においては、一般用医薬品の販売区分及び販売方法、濫用のおそれのある医薬品の規制の強化、要指導医薬品のオンライン服薬指導等に関する議論もされていますので、改正の動向も気にしておきたいところです。

POINT 2

緊急避妊薬

地域支援体制加算においては、「緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応」も加わりました。オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤については研修を修了した薬剤師による調剤を受けることが求められており、加算においても研修を受講しておくことが望ましいとされています。対応手順^{*1}なども示されていますので、参照しておくといでしょう。

なお、緊急避妊薬については、「緊急避妊薬販売に係る環境整備のための調査事業」により一部の薬局で

処方箋なしで販売されており、今後はOTC医薬品になる可能性もありますので、その動向も注目されています。

*1: 日本薬剤師会ホームページ, オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤について
<https://www.nichiyaku.or.jp/pharmacy-info/online/index.html> (2024年4月閲覧)

POINT 3 医療DX

医療DX推進体制整備加算が新設されました。この加算では、マイナ保険証、電子処方箋、電子的な調剤録・薬剤服用歴、電子カルテ情報共有サービスに関する体制が求められています。この加算の有無にかかわらず、医療DXが進み対応が求められる機会が増えることが想定されます。また、連携強化加算では、「情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること」が要件となっており、オンライン服薬指導も進むかもしれません。

DXが進めばセキュリティ等情報管理の強化も必要になるでしょう。薬機法施行規則が改正され、令和5年4月から薬局の管理者にもサイバーセキュリティ確保の措置が求められています。「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照した上で、厚労省から示された「「薬局におけるサイバーセキュリティ

対策チェックリスト」、「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」等について」(令和5年10月13 医政参発 1013 第2号・医薬総発 1013 第1号)も踏まえた対応等情報管理への取り組みも必要になります。

POINT 4 薬剤服用歴

薬学管理料の通則において、「薬剤服用歴等の記載にあたっては、単に患者から収集した情報、相談事項及び患者への指導内容を単純に全て記載するのではなく、その要点を記載することで差し支えないが、指導後速やかに記載を完了させること。また、定型文を用いて画一的に記載するのではなく、指導等を行った保険薬剤師が必要事項を判断して記載すること。」と示されました。薬歴の合理化のため、薬剤師が必要事項を判断して要点を記載することとされています。薬学的観点から薬歴が重要なことは間違いありませんが、法的な責任や義務を果たしたというリスクの観点からも薬歴は重要となります。何が重要かを見極めた上で、さらに信頼できる内容の薬歴を残すという点も留意しましょう。

最後に

令和6年度診療報酬改定において、薬局が留意しておきたい点をいくつか述べましたが、他にも気をつけなければならない点もあるでしょう。診療報酬改定によって業務が変わることもありますが、調剤報酬の変更だけでなく、上記のような点も踏まえて対応を検討しておく必要があります。

赤羽根 秀宜
あかばね ひでのり

1975年生まれ。97年、帝京大学薬学部卒。約10年間、調剤薬局で実務経験を積む。2005年、東海大学法科大学院入学。08年、同大学院卒業。新司法試験合格。09年、最高裁の司法修習を修了。第二東京弁護士会に登録。中外合同法律事務所に入所。



AG

オーソライズド・ジェネリック(AG*)

*Authorized Generic

原薬・添加物・製法等まで、
先発医薬品と同一のジェネリック医薬品です。



第一三共エスファ株式会社

<https://www.daiichisankyo-ep.co.jp>

[お問い合わせ先]

第一三共エスファ株式会社 お客様相談室 ☎️ **0120-100-601** 受付時間:平日9:00~17:30(土・日・祝日・弊社休日を除く)

[夜間・休日 緊急時のお問い合わせ先]

日本中毒情報センター第一三共エスファ受付 ☎️ **0120-856-838** 受付時間:平日17:30~翌9:00及び土・日・祝日・弊社休日