

Reach

2020.
Spring
No. 3

CONTENTS

- 特集 ■ 2020年診療報酬改定……………01～07
- はじめに ●働き方改革の推進と医療従事者の負担軽減 ●ポリファーマシー対策と薬業連携の強化
 - 救急医療と急性期医療体制への評価 ●回復期医療体制への実績評価と厳格化
 - 算定要件に係る指定薬剤の扱い ●保険薬局における調剤報酬の概要
- 連載 ■ 薬剤師の法的パラダイム(第3回) 調剤業務のあり方について……………08

2020年診療報酬改定にみる医療従事者と医療機関への期待

～病院・診療所・病院薬剤部・保険薬局～



高崎健康福祉大学
健康福祉学部
医療情報学科
准教授 木村 憲洋

2020年3月5日、診療報酬改定の内容が官報で告示された。2020年診療報酬改定に示された医療従事者並びに医療機関に寄せられる期待、求められる役割について、病院・診療所・病院薬剤部・保険薬局のそれぞれにおける話題を概説する。

はじめに

2020年の診療報酬改定のポイントは、①医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進、②患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現、③医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステム、④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上、という基本的視点を4つの柱として構成されています。

今回の診療報酬改定において働き方改革への対応は必須とされていますが、どのような対応となったのでしょうか。

①医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

改定における働き方改革は、非常勤を2名組み合わせることによる常勤への換算の変更と夜勤などへの手厚い配置、記録類の削減などが中心となっています。

②患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

外来の機能分化による大病院への紹介状がない患者のアクセス制限と治療に対するアウトカム(結果)の視点でのインセンティブ、在宅療養における課題である肺炎や栄養失調での入院への対応、院内と院外の薬剤師の連携への対応がなされました。

③医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステム

ここ10年間の改定は、医療機能の分化と強化、連携といったことが中心となってきました。地域包括ケアシステムを充実させるために連携に関する点数が充実しています。また、精神科に関する在宅療養を支援するような診療報酬点数が充実した形です。

④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

後発医薬品の割合が高くなり、次への対応としてバイオシミラー(バイオ後続品)への対応、ポリファーマシーへの対応、医療機関と保険薬局の連携に対する対応がなされています。

改定に対する内容は、これまでの方針が変更となるような大きな改定項目はなく小さい変更項目が多く、地味ですがしっかりとした改定内容ではないでしょうか。

働き方改革の推進と医療従事者の負担軽減

働き方改革推進に向けた3つのポイント

働き方改革における改定の主なポイントは、①週3日かつ22時間以上、②専従から専任への読みかえとタスクシェアリング、③研修や記録の合理化です(P.2 図1)。

今改定における働き方改革は、医療従事者の負担軽減に対する対策というより、医療需要増加への対応として、医師や看護師の仕事がこれまでより大変にならないようにするための対策といった色合いが濃いと感じられます。

①週3日かつ週22時間以上

施設基準上で週3日かつ週22時間以上の非常勤複数を組み合わせることで常勤として取り扱うこととされました。これからこのパターンで施設基準が定義されていくこととなることが想定されるため、診療報酬改定後は、施設基準を確認する時に、常勤の読みかえが可能かチェックすることをお勧めします。今回の施設基準の中で常勤として定義されている項目は、実質的に緩和されていることとなります。病院経営においては施設基準をクリアしやすくなるためプラスとなり、働く医療従事者からすると多様な働き方ができる機会が生まれます。ただし、優遇されるのは、医師や認定看護師が中心となります。

②専従から専任への読みかえとタスクシェアリング

これまで専従とされていた施設基準の医療従事者の配置基準が専任で算定可能となったり、常時配置であった医療従事者の配置基準も緩和されました。これによりこれまで算定が難しかった施設基準の届出が可能となる医療機関も増加すると思われます。また、特定行為研修を修了した看護師の活用についても施設基準などに明記されました。これにより医師の一部の行為を行うというタスクシェアリングが本格的に始まります。

③研修や記録の合理化

これまで研修で必須とされた医療制度については制度が変わらなければ研修をしなくても良いとされたり、他の研修と一緒にいっても良いとされました。また、必須とされていた記録についても必要がなくなった部分もあります。日々の業務から記録が合理化されていくことは、必要な記録とそうでない記録について考える機会となります。

看護師の特定行為と診療報酬

個別の項目で見えていくと、麻酔管理料(Ⅱ)と総合入院体制加算に特定行為研修を修了した看護師の活用に関する項目が追加されました。

麻酔管理料(Ⅱ)では、算定要件に「麻酔を担当する医

師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を終了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。」が追加されました。施設基準は、「麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されていること。」です。規定されている適切な研修とは、特定行為研修のことです。

特定行為に関する研修制度は、2025年に向けて在宅医療などの推進を図っていく上で医師や歯科医師の判断を待たずに、手順書などにより、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していくためのものです。そして、その行為を特定して手順書により実施する場合の研修制度が作られています。特定行為は、38に分類されています。この中で、周術期に関する呼吸器の気道確保や人工呼吸器、動脈血液ガス、栄養及び水分管理に関する薬剤投与、術後疼痛管理、循環動態に係る薬剤投与の関連の区分別科目の研修を修了することで医師の一部の行為を行うことが可能となります。

また、総合入院体制加算を算定するためには、「医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する計画」を策定しなければなりません。その中に、「特定行為研修修了者である看護師複数名の配置及び活用による病院勤務医の負担軽減」という項目が追加されました。

このように特定行為研修が修了した看護師の配置が医師の負担軽減のために施設基準として規定されることは大きなこととなります。

施設基準が大きく緩和

超急性期脳卒中加算は、施設基準緩和のために医療従事者の常時配置が大幅に緩和されました。これまで薬剤師や診療放射線技師、臨床検査技師を常時配置していなければならなかったものが、常時検査などができる体制が整っていれば良いこととなりました。これにより、院内で待機せずとも、オンコールによる呼び出しでの対応で良くなります。ちなみに、点数はこれまでの12,000点から10,800点へと10%下がっています。

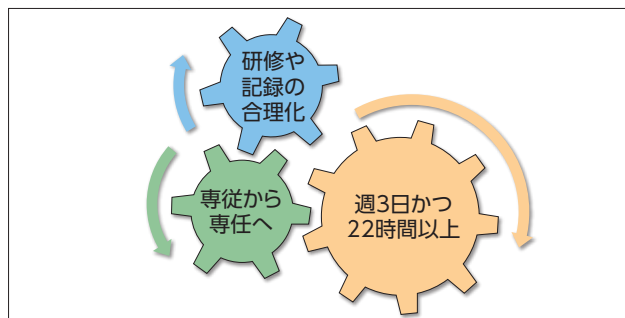
働き方改革の診療報酬改定への適用は、医療従事者の負担軽減というよりは施設基準の緩和という形になっています。診療報酬改定後に施設基準のチェックをしてみると算定できる項目が増えているかもしれません。

ポリファーマシー対策と薬薬連携の強化

入退院の支援の充実

入院から退院まで地域と連携していくための加算として入退院支援加算がより充実しました。入退院支援加算の入院時支援加算に対して変更があり、さらに総合評価加

図1 働き方改革におけるキーワード



算100点が廃止され、入退院支援加算の加算である総合機能評価加算50点として再編されました(図2)。入院時支援加算1はア〜クまで、入院時支援加算2、「ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握」「イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握」「ク 入院生活の説明」の3つを行えば算定できます。全て行うことで算定が可能となります。

総合機能評価加算については、これまで介護保険におけるサービス給付を受ける人が入院する時点で評価することで算定可能であったものが、入退院支援加算に組み込まれることで退院困難者が対象となるため算定できる対象者が大幅に減ることとなります。

入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算50点は、介護老人福祉施設や介護老人保健施設などの医師や管理栄養士へ栄養連携を図るために新設されました。これは栄養状態が悪く病院へ入院してきた患者が介護施設などへ戻っても、栄養管理が継続できることを想定しています。

入院時のポリファーマシー対策の強化

入院におけるポリファーマシーに関する点数は充実しました。これまでの薬剤総合評価調整加算は、簡単に説明すると6種類以上の内服薬を2種以上減少した場合や精神病棟であれば4種類以上内服していた抗精神薬を退院日までに2種類以上減少した場合に250点算定可能でした。

2020年の診療報酬改定では薬剤総合評価調整加算は100点となり、入院中の患者について、「イ 入院前に6種類以上の内服が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合」「ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合」とされました。要するに、一般病棟などであれば薬剤が変更されれば100点算定できることとなります。そして、2種類の薬剤を減少すれば、薬剤調整加算150点が成功報酬として加算可能です。

ポリファーマシーに関連しては、退院時薬剤情報管理指導料90点に加え、新設で退院時薬剤情報連携加算60点ができました。入院前の内服薬の変更又は中止した患者について保険薬局に対して、患者又は家族の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に算定できます。薬剤が6種

類以上の患者については、薬剤が変更になっている場合、「薬剤総合評価調整加算100点+退院時薬剤情報管理指導料90点+退院時薬剤情報連携加算60点」で250点が算定できます。2種類以上減薬していれば、薬剤調整加算150点がさらに加算され400点となります。

このように考えると入院支援センターへ薬剤師を配置し、服薬の確認などを行ってもらいと入院時支援加算1も算定しやすくなるのではないのでしょうか。

がん化学療法における薬薬連携の推進

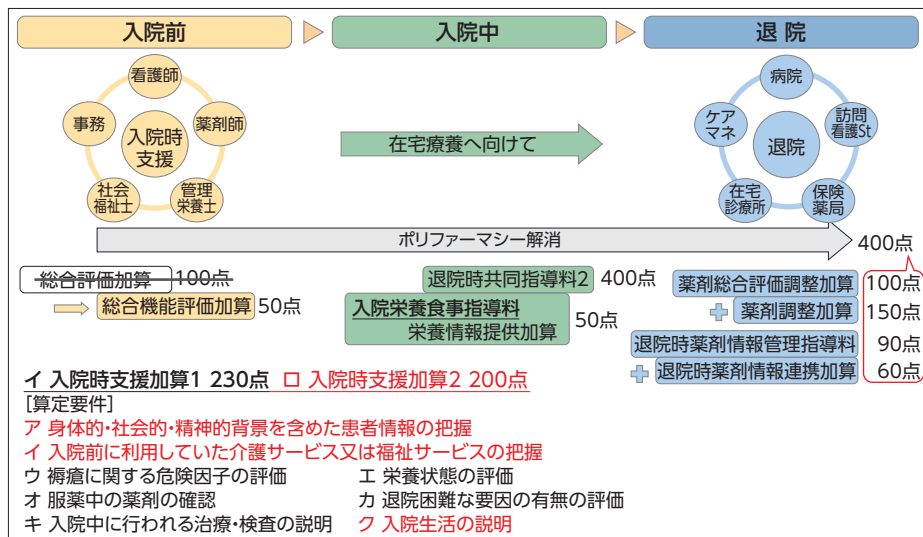
地域包括ケアシステムを構築していく上で、病院内の薬局と保険薬局の役割は重要性を増しています。調剤報酬の改定は、ものから対人へと移行していく中で、外来の化学療法を行っている患者に対する薬局間の連携に対する加算ができました。

病院は診療報酬点数における第6部の注射の通則における外来化学療法加算1のAに対し、連携充実加算150点が月1度算定できるようになりました。

これは化学療法を実施している患者の治療の目的及び治療の進捗等を文書により薬剤師が提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に加算されます。

また、①治療の状況等を共有することを目的に提供した治療の目的及び治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関又は保険薬局に提示するよう患者に指導を行うこと、②他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報が報告された場合には、必要な分析評価等を行うこと、③悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察にあたっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい、④療養のため必要な栄養指導を実施する場合には管理栄養士と連携を図ること、の4つの条件を満たしていることとしています。この加算は、保険薬局で算定できる10薬剤服用歴管理指導料の特定薬剤管理指導加算2との係りがあります。

図2 入院支援から退院まで



地域救急医療体制に対する加算

救急を頑張る病院に対しては、2018年の診療報酬改定から徐々に手厚くなってきました。2020年の診療報酬改定では、救急車の受入が年間200件、1,000件、2,000件の3段階で算定できる点数が変わってきます(図3)。

地域医療体制確保加算520点は、加算名の通り地域の医療体制を崩壊させないようにするための加算となります。

この加算の趣旨は、救急医療を提供する体制や病院勤務医の負担の軽減、処遇の改善に対する体制が整っていることを評価するもので入院初日に加算されます。加算の対象となるのは、急性期一般病棟入院基本料1-6や救命救急入院料、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などの超急性期から急性期の病棟が対象の中心となります。

施設基準は、対象となる病棟があり、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が年間2,000件以上としています。また、病院勤務医の負担軽減や処遇改善に資する体制があることとされています。

ちなみに、入院患者が毎年1万人いる病院では、5,200万円の増収となります。体制と結果から評価される加算であるため施設基準をクリアするために大きな投資などを必要としないので、加算の算定はそのまま利益へとつながります。

救急車の受入の200件以上と1,000件以上の加算は、夜間休日救急搬送医学管理料の救急搬送看護体制加算に係っています。2018年に200件以上の救急車などの受入をしている病院に対して救急搬送看護体制加算が創設され、2020年の診療報酬改定で1,000件以上の受入が評価される基準ができました。

救急搬送看護体制加算は、これまでの200点から救急搬送看護体制加算1の400点(救急車などの受入1,000件以上)と救急搬送看護体制加算2の200点(救急車などの受入200件以上)となりました。こちらの加算は、夜間や休日の救急車の受入について評価されるため算定できる件数は限定的となっています。

重症度、医療・看護必要度の再評価

いつも診療報酬改定の争点となるのが重症度、医療・看護必要度です。今回の診療報酬改定における変更事項は、許可病床数400床以上の病院と特定機能病院では、急性期一般病棟入院料1-6で届出ている場合は、重症度、医療・看護必要度(Ⅱ)で評価しなければならなくなりました。

また、重症度、医療・看護必要度(Ⅰ)においてもA項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。)とC項目について、レセプト電算処理システム用コードを

用いた評価とすることとしています。必要度に関するA項目の選択について合理化され、重症度、医療・看護必要度(Ⅱ)とあまり違いは出なくなると思われます。

さらに、A項目1点以上かつB項目3点以上の基準が削除されました。個別の項目については、以下の通りです(図4)。

【A項目】専門的な治療・処置の免疫抑制剤の管理については注射のみとされ、内服の2点は取れなくなりました。また、救急搬送後の入院については、2日間から5日間へと変更されました。

【B項目】患者の状態と介助の実施という新しい概念で評価が導入されました。これにより、患者が全介助の状態であっても介助を実施していなければB項目の点数が積算できないこととなります。

【C項目】開頭手術が7日間から13日間、開胸手術が7日間から12日間、開腹手術が4日間から7日間、骨の手術は5日間から11日間、胸腔鏡・腹腔鏡手術は3日間から5日間、全身麻酔・脊椎麻酔の手術2日間から5日間、救命等に係る内科的治療2日間から5日間へとほぼ評価される期間が倍増しています。また新規に、別に定める検査(2日間)や別に定める手術(6日間)という項目が追加されました。

そして、急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度については、(Ⅰ)がこれまでの30%から31%、(Ⅱ)が25%から29%へと変更となりました。

今回の重症度、医療・看護必要度の評価基準の変更は、C項目の評価される期間が長くなったため外科系の病院では朗報であることは間違いないでしょう。

図3 救急車などの受入件数に関する評価

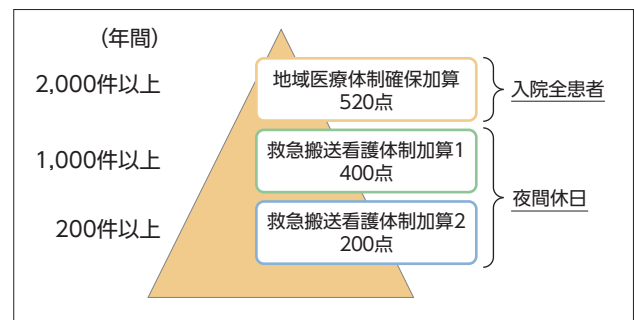
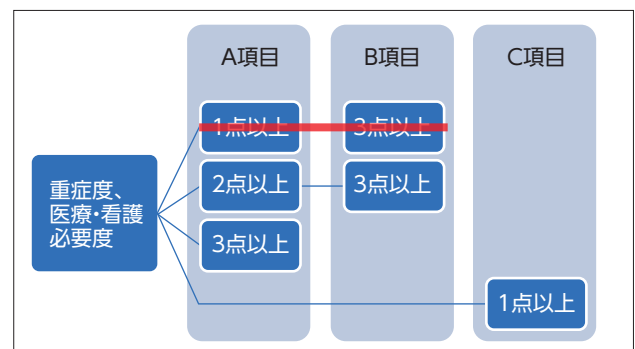


図4 重症度、医療・看護必要度の見直し



回復期医療体制への実績評価と厳格化

地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟においては、算定ができない病院が出てきます。地域包括ケア病棟は、許可病床数400床以上では、2020年4月以降は届出ができません。また、特定機能病院では回復期リハビリテーション病棟を届出することができなくなります。

地域包括ケア病棟では要件を引き上げ

地域包括ケア病棟については、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の1と3に関する部分の改定となります。

図5のようにこれまで①自宅からの入院が10%以上としていたものが15%以上、②緊急入院患者数3カ月で3人以上が6人以上となりました。また、地域に向けた在宅医療に関する取り組みとして、①在宅患者訪問診療料が3カ月で20回以上から30回以上、②病院等からの医療の訪問看護が3カ月で100回以上であったのが60回以上、敷地内併設の訪問看護ステーションからの訪問看護が3カ月で500回以上が300回以上、③新基準として在宅患者訪問リハビリテーション指導料が3カ月で30回以上、④介護保険法による訪問看護、訪問リハビリテーションの提供が介護サービスの提供実績を求める、⑤新基準として退院時共同指導料2の提供が3カ月で6回以上となりました。これまでであった開放型病院共同指導料(Ⅰ)(Ⅱ)の3カ月で10回以上という基準は廃止されました。

そして、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料については、全施設基準においてACPの指針策定が算定の要件となります。また、これまで「在宅復帰支援を担当する者」とされていた在宅復帰担当者が変更となり、入退院支援及び地域連携業務を担う部門を設置し、専従看護師又は専従社会福祉士の配置が求められることとなりました。またADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果を診療録に記載するとともに、患者またはその家族等に説明することとなりました。

図5 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1と3の施設要件

施設要件	10%	15%
自宅から入院	10%	15%
緊急入院患者数	3カ月で3人	3カ月で6人
在宅患者訪問診療料	3カ月で20回	3カ月で30回
訪問看護(医療機関から) 訪問看護療養費(訪問看護St)	3カ月で100回、 3カ月で500回	3カ月で60回、 3カ月で300回
在宅患者訪問看護 リハビリテーション指導料	3カ月で30回	3カ月で30回
開放型病院共同指導料(Ⅰ)(Ⅱ)	3カ月で10回	実績要件なし
介護保険法による訪問看護、 訪問リハビリの提供	実績要件なし	提供実績あり
退院時共同指導料2		3カ月で6回

DPC/PDPSでは、地域包括ケア病棟入院料について、入院日ⅡまではDPC/PDPSによる算定をすることとなりました。

回復期リハビリテーション病棟では実績を評価

回復期リハビリテーション病棟は、図6のように変化します。

大きく変化する部分は、回復期リハビリテーション病棟1と3の実績指数の部分となります。回復期リハビリテーション病棟1は37から40へ、3は30から35へとリハビリテーションに対するアウトカムがより一層求められるようになります。このようにアウトカムが求められるようになると急性期の連携室などは、回復期リハビリテーション病棟1への紹介が中心となるでしょう。

そしてもう1つ大きく変化するのは、患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することが求められます。このことは患者やその家族からはよりリハビリテーションの結果が求められることとなると思われます。これからリハビリテーションの結果が出る脳血管疾患などの患者の地域での争奪戦になる可能性があります。

また、回復期リハビリテーション病棟における管理栄養士の活用も進みます。回復期リハビリテーション病棟1では管理栄養士の配置が義務化され、2から6については管理栄養士の配置が望ましいと変更されました。

リハビリテーションの実実施計画書についても作成が厳しくなります。実施計画書は、リハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成することとなりました。これにより、実施計画書について作成日をきちんと管理しなければなりません。当然ですが、今回の改定で「7日以内に○○%」といった基準へと変更されていくことを想定しなければいけません。

診療報酬が改定される度に厳しくなる回復期リハビリテーション病棟は結果を出さなければ診療報酬点数も下がり、患者も集まらない状況になっていく予感がします。

図6 回復期リハビリテーション病棟の変化

施設基準	実績指数	在宅復帰	点数
回復期リハ1	37		2129点
回復期リハ2			2066点
回復期リハ3	30	7割以上	1899点
回復期リハ4			1841点
回復期リハ5	30		1736点
回復期リハ6			1678点

患者に対して、入院時FIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付

経過措置:2020年9月30日

施設基準	実績指数	在宅復帰	点数
回復期リハ1	40		2129点
回復期リハ2			2066点
回復期リハ3	35	7割以上	1899点
回復期リハ4			1841点
回復期リハ5	30		1736点
回復期リハ6			1678点

2020年

管理栄養士 2021/3/31
配置が望ましい。

算定要件に係る指定薬剤の扱い

院外処方にも対応する新たな体系

人工透析については、より効率化が求められることだけでなく、腎代替療法への誘導がなされる改定となりました。

人工腎臓は、慢性維持透析を行った場合1から3のイ、ロ、ハについては、一律56点下げられています(図7)。月に12回から13回を1人の患者から算定していることを考えると毎月6,720円から7,280円の減収となります。年間で考えると100人抱える医療機関であれば800万円以上の減収となります。そして、慢性維持透析を行った場合1から3のイ、ロ、ハを算定する場合は、厚生労働大臣が定める薬剤であるエリスロポエチン、ダルベポエチン、院内処方されたHIF-PHD阻害剤のいずれかを使用しなければなりません。今回、院外処方にも対応するため、ニ、ホ、ヘでの算定が新たに規定されました。

腎代替療法については、2018年改定の導入期加算2から腎移植に関する取り組みについて2年で1名以上としていたものが、2020年改定で腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上と基準が厳しくなりました。

また、腎代替療法指導管理料500点が新たに創設されました。慢性腎臓病の方で医師と看護師が共同で1回30分以上患者に対して腎代替療法に関する情報提供などをしながら指導した場合に2回まで算定できます。これにより少しずつ腎移植などが進むかもしれません。

一方で、経費的シャント拡張術・血栓除去術18,080点は12,000点となるため1件あたり6万円の減収となることが見込まれます。

クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外

精神科における2020年の診療報酬改定は、在宅医療における患者の受入に対して充実した改定ともいえます。

病院から患者が退院するにあたり、病院と在宅医療を

提供する医療機関の退院調整会議に対する退院時共同指導料が、精神科においても精神科退院時共同指導料1と2として創設されました(図8)。

【精神科退院時共同指導料1】

在宅医療を担う保険医療機関が算定する点数となっています。

1のイ(1,500点)は入院患者等が対象となり、精神科の医師、保健師又は看護師及び精神保健福祉士、必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定できます。1のロ(900点)は、1のイ以外の患者を対象としています。

【精神科退院時共同指導料2(700点)】

精神病棟の入院中の患者が対象であり、入院中である病院の多職種チームが外来や在宅医療を行う他の保険医療機関の多職種チームとともに患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に算定することが可能となります。

別に、精神科に対する外来については、通院精神療法に対して初回算定日の属する月から起算して1年を限度として月1回に250点が加算されることとなりました。

精神科在宅患者支援管理料1から3の改定は、これまで精神科在宅患者支援管理料1と2が6カ月までの訪問としていたことに対して精神科在宅患者支援管理料3を6カ月以降に訪問する報酬として再編しました。これにより訪問診療などを6カ月を超え長期的に提供することが可能となります。

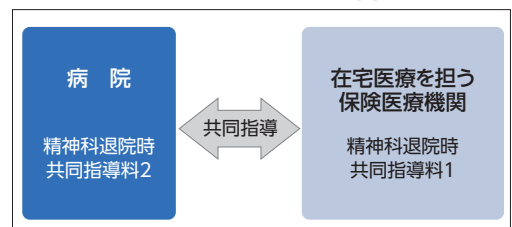
精神科身体合併症管理加算についても、7日まではこれまでの450点を変更せず、8日から10日以内225点としていたものを、8日から15日まで300点とし、加算される日数を伸ばし点数も上げています。

そして、2020年改定においてポイントとなるのは、入院においてクロザピンの薬剤を使用する場合には、入院の自宅移行率の計算対象外となることや、精神科急性期病棟入院料1の精神科急性期医師配置加算における算定のアウトカムとして使用されている点です。クロザピンの導入において国が力を入れていることがわかる診療報酬改定です。

図7 人工透析

人工腎臓		人工腎臓	
1 慢性維持透析を行った場合1		1 慢性維持透析を行った場合1	
イ 4時間未満の場合	1,980点	イ 4時間未満の場合	1,924点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,140点	ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,084点
ハ 5時間以上の場合	2,275点	ハ 5時間以上の場合	2,219点
2 慢性維持透析を行った場合2		2 慢性維持透析を行った場合2	
イ 4時間未満の場合	1,940点	イ 4時間未満の場合	1,884点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,100点	ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,044点
ハ 5時間以上の場合	2,230点	ハ 5時間以上の場合	2,174点
3 慢性維持透析を行った場合3		3 慢性維持透析を行った場合3	
イ 4時間未満の場合	1,900点	イ 4時間未満の場合	1,844点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,055点	ロ 4時間以上5時間未満の場合	1,999点
ハ 5時間以上の場合	2,185点	ハ 5時間以上の場合	2,129点
		ニ 4時間未満の場合(イを除く。)	1,789点
		ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。)	1,958点
		ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。)	2,093点
		ニ 4時間未満の場合(イを除く。)	1,758点
		ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。)	1,918点
		ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。)	2,048点
		ニ 4時間未満の場合(イを除く。)	1,718点
		ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。)	1,873点
		ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。)	2,003点

図8 精神科における在宅との連携



保険薬局における調剤報酬の概要

保険薬局に対する診療報酬改定は、厚生労働省の薬剤師の対人への移行がより強いものとなっています。

調剤基本料

まずは、調剤基本料は、**図9**のようになりました。

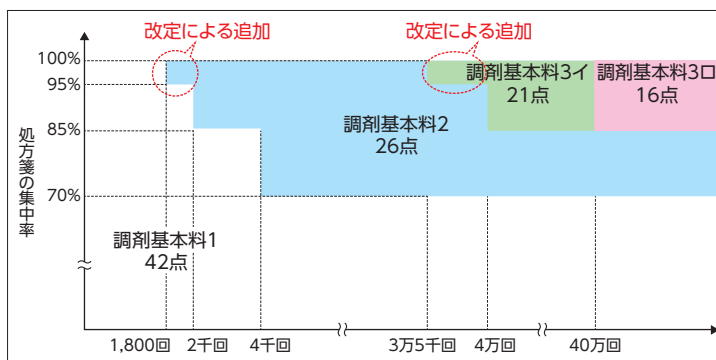
調剤基本料2は、新たに特定の医療機関からの処方箋受付割合が95%以上を超える薬局の処方箋の1月あたりの受付回数が1,800回を超える場合は調剤基本料2(26点)、同一グループ内全体で3万5,000回を超える場合で特定の医療機関からの処方箋受付割合が95%以上の場合を調剤基本料3イ(21点)、同一グループ内で40万回を超える場合で特定の医療機関からの処方箋受付割合が85%以上は調剤基本料3ロ(16点)となりました。さらに、特別調剤基本料は2点マイナスとなり9点とされました。

これまでの調剤基本料3イの4万回から3万5,000回への引き下げの影響は中堅の保険薬局へ影響を与えるものと思われます。

調剤基本料の地域支援体制加算については、調剤基本料1を算定する薬局において、①麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること、②在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数12回以上として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む、③かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること、④患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績12回以上、⑤薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席、と上記の5つのうち4つ以上を満たすこととされています。

調剤基本料1以外の薬局については、これまでの算定要件8つの項目については変更がなく、9番目に薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に薬局として5回以上出席する、という項目が加わり9つの項目になり、この中から8つ以上を満たすことで算定が可能となります。ただし、前回同様に調剤基本料1以外の薬局が算定することは至難の技であることには変わりありません。

図9 調剤基本料



後発医薬品調剤体制加算と内服薬の調剤料見直し

後発医薬品調剤体制加算については、調剤数量割合75%以上が18点から15点に下がり、80%以上が22点で変わらず、85%以上が26点から28点へと上がりました。

調剤料については、1剤につきこれまで7日分以下の部分は1日5点が1回28点、8日以上14日以下が1日4点が1回55点、15日分以上21日分以下67点が1回64点、22日分以上30日以下78点が1回77点となり、31日分以上1回86点の点数については変更がありませんでした。

調剤料については、処方された14日分を調剤するとこれまで63点算定できたものが55点となることとなりました。通常の処方パターンを考えると味味ではありますが、経営に影響を与えることは間違いありません。

オンライン服薬指導の導入

薬剤服用歴管理指導料は、オンライン服薬指導が導入されました。

薬剤服用歴管理指導料の情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合43点を算定することが可能となります。

このオンライン服薬指導を算定するには、施設標準の届出が必要となります。また、患者全員にできるのではなく、オンライン診療料を算定した患者に対して服薬指導を行うことになるため算定対象は限定的と思われます。

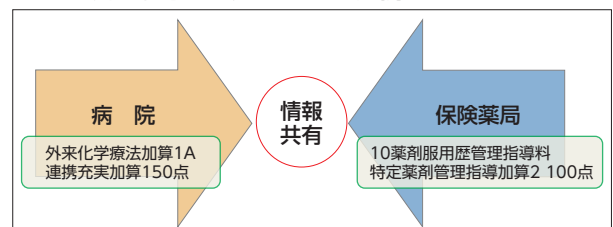
医師によるオンライン診療料を算定できる患者とは、特定疾患療養管理料などオンライン診療が算定可能とされる患者と2020年診療報酬改定で新たに対象となった慢性頭痛の患者となります。このように考えると対象となる患者が少なく、オンライン服薬指導は慢性頭痛の患者がターゲットとなるのかもしれない。

がん患者に対する薬薬連携の加算算定

薬剤服用歴管理指導料には、がん患者に対する薬薬連携の加算として特定薬剤管理指導加算2(100点)が算定できます(**図10**)。患者のレジメンの情報を活用し、患者への副作用対策の説明や指示療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するためです。保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に薬局に勤務する薬剤師の少なくとも1名が年1回以上参加していることなどが条件となります。

保険医療機関で開催される研修会は、外来化学療法加算1のAの連携充実加算とも係ってくるため重要な研修となります。

図10 外来化学療法患者の薬薬連携





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

調剤業務のあり方について

質問

2019年4月に、「調剤業務のあり方について」(薬生総発0402第1号 平成31年4月2日 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長)において、調剤業務に関する薬剤師以外の者に実施させることが可能な業務の基本的な考え方が示されました。この通知の運用等について気を付けるところを教えてください。

POINT 1

調剤業務のあり方について

ご質問のとおり、本通知により、薬剤師以外の者に実施させることが可能な業務の基本的な考え方が示されました。本通知は、病院、診療所、薬局という施設に関する限定はなく、薬剤師にかかる調剤業務、すなわち薬剤師法19条の解釈について示した通知であるため、病院、薬局等にかかわらず薬剤師は意識しておく必要があります。

本通知で示された業務については、これまで行えなかったものが行えるようになったという理解ではなく、これまで、はっきりしなかった行政の解釈が示されたものだと考えます。これまでも各病院、薬局等において、各自の判断で行われてきた業務もあるのではないのでしょうか。もっとも、本通知の運用等について一定の要件等が示された以上、この通知に沿った運用を行う必要はあります。

また、本通知は、「薬剤師の行う対人業務を充実させる観点」から示したとしており、単なる業務効率のためではなく、本通知にしたがった運用をした上で、対人業務を充実させるという意識も重要でしょう。

そして、ここで示された業務を行うとしても、最終的な責任は薬剤師としている点も重要になります。仮に薬剤師以外の者に業務の一部を行ってもらっても、薬剤師の指示確認が求められており、最終的な責任は薬剤師が引き続き負うこととなります。対人業務の割合が増加したとしても、薬剤の提供は薬剤師の重要な責務であり、この責任は薬剤師が引き続き担っていくという考えと同様と考えられます。

POINT 2

薬剤師以外の者に実施させることが可能な業務

本通知では、薬剤師以外の者が実施して差し支えない業務として、「処方箋に記載された医薬品(PTPシート又はこれに準ずるものにより包装されたままの医薬品)の必要量を取り揃える行為」「当該薬剤師以外の者が薬剤師による監査の前に行う一包化した薬剤の数量の確認行為」を例示しています。

しかし、これらの業務についても、単純にこの業務を行えるとしているのではなく、あくまで下記の要件を充たすことが前提となっている点に注意が必要です。

- 1 調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、以下のいずれも満たす業務を薬剤師以外の者が実施することは、差し支えないこと。なお、この場合であっても、調剤した薬剤の最終的な確認は、当該薬剤師が自ら行う必要があること。
 - ・当該薬剤師の目が現実に届く限度の場所で実施されること。
 - ・薬剤師の薬学的知見も踏まえ、処方箋に基づいて調剤した薬剤

の品質等に影響がなく、結果として調剤した薬剤を服用する患者に危害の及ぶことがないこと。

- ・当該業務を行う者が、判断を加える余地に乏しい機械的な作業であること。

具体的な業務の運用を考えるにあたっては、薬剤師の指示・最終的な確認は必須であり、それに加えてここに示される3要件を充たす業務となっているかという観点から考えなければなりません。

本通知が出たからといって、業務フローも考えずに例示されている業務は薬剤師以外の者でもOKということでは問題があります。また、一方でこの例示された業務だけが可能なわけではありません。判断するにあたっては、この要件を充足できる運用や業務であることがポイントになります。

なお、「薬剤師以外の者による調剤行為事案の発生について」(平成27年6月25日付薬食総発 0625第1号厚生労働省医薬食品局総務課長通知)に基づき、薬剤師以外の者が軟膏剤、水剤、散剤等の医薬品を直接計量、混合する行為は、たとえ薬剤師による途中の確認行為があったとしても、引き続き、薬剤師法第19条に違反すること。」とされており、これらの薬剤のようにあとで薬剤師が確認するのが困難な再現性のないものについては、上記3要件を充たさないこととなります。

POINT 3

調剤に該当しない行為

そのほか、本通知は、調剤に該当しない行為として取り扱って差し支えない業務として「納品された医薬品を調剤室内の棚に納める行為」等の例示を示しておりますが、どのような形態でも問題ないとしているわけではなく、適切な管理体制のもととされている点に注意を要します。このような業務においても、患者に危害が及ぶことがないよう医療安全等の観点から適切な管理体制の構築が求められます。

POINT 4

研修等

また、ルール違反等が起こらない体制の整備も必要であり、手順書等についても適切に整備し運用することを要します。さらに、薬剤師以外の者に対する薬事衛生上必要な研修の実施も求められています。業務に関する内容はもちろんですが、法的な観点からみれば、医薬品、調剤にかかる法令の理解、薬局や薬剤師の責任、個人情報取り扱い、医療に関する倫理等は必要と考えます。

なお、通知には言及はありませんが、薬剤師の指示と責任のもと行うことが前提となっているため、薬剤師もこの通知に従った運用の注意点について、研修等で理解をしておく必要があるでしょう。

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終了。第二東京弁護士会に登録。中外合同法律事務所に入所。