お役立ち情報をお届けする情報誌［リーチ］

Reach

2022.
Spring
No.8

CONTENTS

特 集 ■ 2022年診療報酬改定 …… 01〜07
●はじめに ●新興感染症対策 ●外来と外来機能分化促進 ●高度急性期医療への手厚い評価
●急性期医療における体制の充実を評価 ●地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟
●医療療養病棟は転換点が到来 ●精神科急性期と地域との連携が充実した精神科
●オンライン診療も深化 ●薬局は、ものから人へ ●おわりに
連 載 ■ 薬剤師の法的パラダイム（第8回） 薬局機能情報提供制度 …… 08

2022年診療報酬改定にみる医療改革の継続と新型コロナパンデミックのもたらした新しい視点

〜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

2022年3月4日、2022年度診療報酬改定の内容が官報で告示された。今回の診療報酬改定では、働き方改革・質の高い医療・効率化といった従来の医療改革に加え、2020年から続く新型コロナウイルスの世界的流行のもたらした「新興感染症への対応」という新しい視点が大きく盛り込まれている。病院・診療所・病院薬剤・保険薬局のそれぞれにおける話題を概説する。

はじめに

前回の診療報酬改定（2020年度）は、診療報酬改定の対応どころではなく、コロナ特例の対応に明け暮れたという方が多かったのではないでしょうか。新型コロナウイルス感染症のパンデミックが拡大し始めた頃に行われ、多くの方が同年改定のポイントの記憶があまりないまま、今改定を迎えたのではないかと思います。改定後は、コロナ対応の特例の診療報酬の扱いもあって疑義解釈が矢継ぎ早に出され、その数は2年で100近くに上りました。

ちなみに、2020年の診療報酬改定は、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の推進、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4つの視点で構成されていました。

対して、今回の2022年度診療報酬改定における4つの視点は、①新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築、②安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進、③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、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、となっています。

①新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

外来と入院における新興感染症対策と、地域における連携がポイントとなります。今後の感染症対策について地域での対応が、診療報酬改定で明示されています。

②安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

「特定看護師の活用」や「医療従事者の経験年数」など質の高い医療を実現するための配置基準などが導入されました。医師事務作業補助者の経験年数が施設基準に盛り込まれたことは、とても大きな変化です。

③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

医療におけるICTの活用や薬局などの「対物から対人」への転換の推進などが掲げられています。

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

後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、外来の機能分化などが進められていきます。

2022年度改定の内容は、これまでの方向性を踏襲しつつ、新興感染症に対応できる体制構築を入れてきたような内容となっています。

新興感染症対策

新興感染症対策は、2022年度改定の目玉でもあります。新興感染症対策の概要は、地域における拠点となる病院（**「感染対策向上加算1」（以下、感染1）**算定）を中心として地域の感染症対策を行うこと、そして、診療所から病院まで満遍なく感染対策に関する診療報酬点数が整備された形となりました。核となる施設と連携する病院については**「感染対策向上加算2、同加算3（以下、感染2・3）」**、診療所は**「外来感染対策向上加算」**が算定できるようになりました（**図1・2**）。

地域の感染対策の中核となる役割を果たす「感染対策向上加算1」

新興感染症対策は、地域の中核となる病院を中心として連携が組まれるような構成となっています（**図1**）。**「感染1」**の医療機関は、**「感染2・3」**や**「外来感染対策向上加算」**として評価される病院や診療所と連携することが求められています。

「感染1」が求められる地域における活動は、施設基準を確認することで理解できます。

①感染制御チームが保健所や医師会、**「感染2・3」**と連携し、少なくとも年4回程度の定期的なカンファレンスを行い、うち1回は、新興感染症が発生したことを想定した訓練を実施すること。

②新興感染症の発生時に都道府県などの要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことをホームページなどで公開すること。

③新興感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域をゾーニングできる体制を有すること。

④**「感染1」**と相互連携に感染防止対策に関する評価を年1回は受けること。

このようなことから、**「感染1」**については、地域における感染症の核となる医療機関として活動し、地域で新興感染症などが発生した際には、地域の感染管理の中心的な役割を担うことが期待されます。

「感染1」については、**「指導強化加算（30点）」**として、過去1年間に**「感染2・3」**や**「外来感染対策向上加算」**に係る届出を行った医療機関を訪問して過去1年間に4回以上、院内感染対策に関する助言を行うことで算定できます。

地域の感染症を担う「感染対策向上加算2・3」

これまでの**「感染防止対策加算2」**は、**「感染対策向上加算2・3」**のいずれを算定するのかで迷うかもしれません。**「感染3」**との違いは、疑い患者の受け入れができれば、施設基準を満たすことで、**「感染2」**を算定することが可能です。

「感染対策向上加算2・3」は、**「感染1」**の医療機関と連携することで**「連携強化加算（30点）」**が算定可能です。**「感染1」**の医療機関が主催する1年間に少なくとも年4回程度のカンファレンスへの参加と感染症の発生状況や抗菌薬の使用状況の報告をすることなどで算定可能となります。

[感染対策向上加算2]

「感染2」についても**「感染1」**同様、算定要件はやや緩やかですが、感染制御チームが組織されていていることが求められます。

「感染2」に求められる新興感染症対策は、新興感染症発生時に都道府県の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有していること、そのことをホームページで公開していることとしています。

さらに、感染症における汚染区域と清潔区域のゾーンニングを行える体制があることとなっています。

地域における新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生などの時には、**「感染1」**の医療機関と連携して対応することが求められます。**「サーベイランス強化加算（5点）」**も、院内感染対策サーベイランス（JANIS）など地域や全国のサーベイランスに参加していることなどで、月1回算定することが可能となります。

[③感染対策向上加算3]

「感染3」について、これまでの「感染防止対策加算2」と

図1　新興感染症対策の地域連携のイメージ

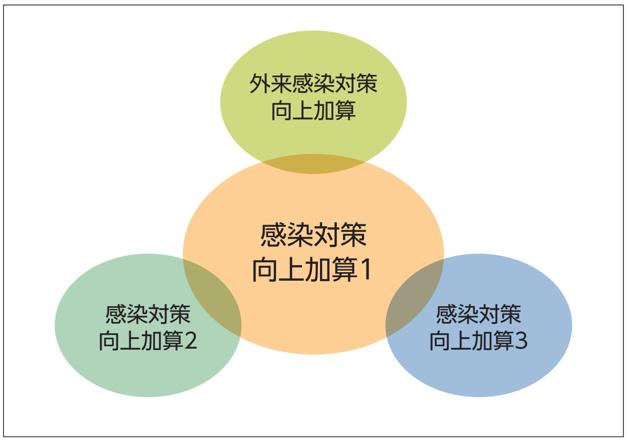
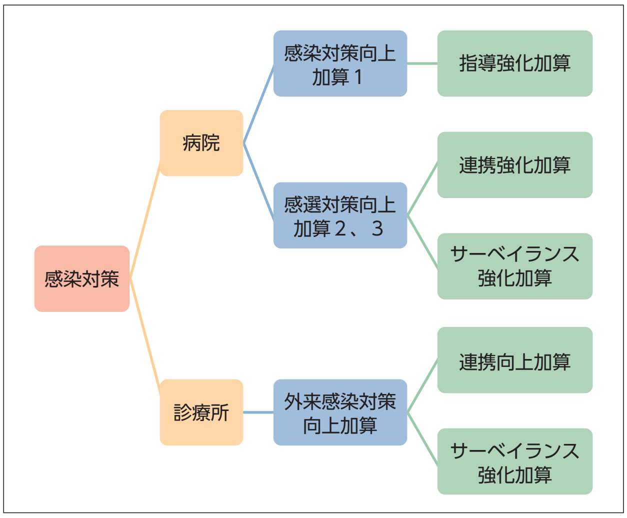


図2　感染対策と診療報酬点数



違う点は、「**感染1**」の医療機関との連携により感染対策のカンファレンスに少なくとも年4回程度の参加が算定要件となっています。そして、新興感染症の発生時に、都道府県の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制、回復後患者もしくは発熱患者の診療を実施する体制を有していること、そのことをホームページで公開していることとしています。「**サーベイランス強化加算（5点）**」も算定することが可能です。

診療所へ向けた「外来感染対策向上加算」

これまで入院だけで算定できた感染対策に関する加算は、診療所向けの加算も新たに創設されました。

「**外来感染対策向上加算（6点）**」は、図3のように初診料や再診料などに対して、患者1人につき月に1回算定できます。さらに、「**感染1**」を算定している医療機関と連携していることで「**連携強化加算（3点）**」を、患者1人につき月1回算定できます。「**サーベイランス強化加算（1点）**」も算定することが可能です。

診療所の外来については、これら上記感染対策を行うことで月1回患者1名につき10点が算定できることとなりました。

外来と外来機能分化促進

地域における医療機関の役割分担を促進する観点から医療機関ごとの機能分化が促進されています。

改定においては、大病院の外来を地域の診療所などへ分散させる取り組みがより深化しています。

大病院の外来

大病院の外来については、前回の改定で「**初診料**」が5,000円になるなどありましたが、今回の改定では、「**初診料**」が7,000円、「**再診料**」が3,000円とされました。そして、新たに、初診であれば、「**初診料**」から200点、「**再診料**」であれば50点が控除されることとなりました。初診の定額負担の増額分と、控除された診療報酬を合わせると、対象となる病院の収入は、これまでと同様となります（図4）。

図3　「外来感染対策向上加算」が算定できる診療報酬

初診料、再診料、小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、外来腫瘍化学療法診療料、救急救命管理料、退院後訪問指導料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、精神科訪問看護・指導料

対象病院の定義

また、対象となる病院の定義も、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院に、一般病床200床以上の「紹介受診重点医療機関」が新たに加えられました。

紹介受診重点医療機関

今改定の外来における目玉の1つは、この「紹介受診重点医療機関」です。

外来機能報告等に関するワーキンググループによると、「①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来、②高額等の医療機器・設備を必要とする外来、③特定の領域に特化した機能を有する外来、のこれら3つについて医療資源を重点的に活用する外来」と定義しています。この割合が高い医療機関を「紹介受診重点医療機関」として地域で承認していくこととなりそうです。

①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

手術での予定入院の患者において外来で検査・フォローなどを行うことなどは、DPCの病院では当たり前のことですが、このような体制を想定しています。

②高額等の医療機器・設備を必要とする外来

外来化学療法や外来放射線治療などを行う外来を想定しています。

③特定の領域に特化した機能を有する外来

「**診療情報提供料Ⅰ**」を算定した30日以内に紹介された患者を受け入れる外来を想定しています。

「**紹介受診重点医療機関入院診療加算（800点）**」は、「紹介受診重点医療機関」として医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担っている医療機関において、入院時に1回算定できる加算となっています。この加算は、「**地域医療支援病院入院診療加算（1,000点）**」と同時に算定できないこととなっていますので、地域医療支援病院よりは、「紹介受診重点医療機関」として承認される方が施設基準のハードルが低いことは間違いないと思われます。

その他では、外来化学療法に関する見直しがありました。悪性腫瘍を主病とする患者について、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価として、「**外来腫瘍化学療法診療料**」が新設されました。

図4　紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の定額負担の額

		定額負担	診療報酬からの控除
初診	医科	7,000円	200点
	歯科	5,000円	200点
再診	医科	3,000円	50点
	歯科	1,900円	40点

高度急性期医療への手厚い評価

特定集中治療室等の高度急性期医療の質の向上や早期離床のための診療報酬が手厚くなりました。

①高度急性期病棟の質を向上するための手厚い評価

今改定で診療報酬点数が手厚くなったのが、高度急性期医療の部分ではないでしょうか。

「**重症患者対応体制強化加算**」という「**特定集中治療室管理料1〜4**」と「**救命救急入院料2**」もしくは「**4**」を算定する病棟に対する加算が算定できるようになりました。

この加算は、3日以内は750点、4日以上7日以内は500点、8日以上 14日以内は300点を1日につき加算することが可能です。

施設基準は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師を配置するなど厳しい施設基準があります。

②高度急性期病棟全体で患者とその家族との対話を促進

「**重症患者初期支援充実加算(300点)**」という、入院時重症患者対応メディエーターを配置した場合に算定できる加算も、高度急性期医療で算定できるようになりました。特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うために必要な体制が整備されていることで、入院から3日間算定することが可能です。

この加算については、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、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、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料で算定可能です。

③離床促進のための加算の対象病棟が拡大

「**早期離床・リハビリテーション加算(500点)**」は、超急性期の病棟で算定できる患者が早期離床できるようにするためのリハビリテーションの体制を評価し、14日を限度として算定できる加算となっています。

「**早期栄養介入管理加算(250点、経腸栄養を開始した場合は開始日以降400点)**」は、超急性期病棟へ入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、入室した日から7日を限度として算定することができます。

これらの加算は、これまで特定集中治療室管理料で算定できたものを救命救急入院料や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、小児特定集中治療室管理料でも算定できるように対象が拡大されました。

急性期医療における体制の充実を評価

急性期医療における目玉は、「**急性期充実体制加算**」ではないでしょうか。急性期一般病棟の重症度、医療・看護必要度から「心電図モニター管理」がなくなったことや「点滴ライン同時3本が注射薬剤3種類以上の管理」へと変更になったことよりも衝撃的なことでした。

これまで急性期病院としての総合力は「**総合入院体制加算**」でしたが、「**急性期充実体制加算**」は、「**総合入院体制加算**」より報酬が手厚くなっています。

「**総合入院体制加算1**」は1日240点が14日まで算定できますが、「**急性期充実体制加算**」は、7日以内が460点、8日以上 11日以内が250点、12日以上14日以内が180点と、入院日数に応じて算定することが可能となっています。

地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟

地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟に対する改定は、小幅な改定となりました。

地域包括ケア病棟における改定

地域包括ケア病棟については、「**地域包括ケア病棟**※**1・2**」については、これまで在宅復帰率が70%であったものが、改定により72.5%以上と変更になりました。そして、「**地域包括ケア病棟**※**3・4**」については、これまで在宅復帰率の制限がありませんでしたが、在宅復帰率70%以上という基準が新たに設けられました。

「**地域包括ケア病棟**※**3・4**」については、これから入院患者を在宅復帰させていかなければならないという課題が出てきました。一方で、「**地域包括ケア病棟**※**3・4**」についでは在宅復帰率70%がクリアできるのであれば、「**地域包括ケア病棟**※**1・2**」を算定できる可能性が高くなるため、在宅復帰率をクリアしていくことで大幅な増収が見えてきます。

「**地域包括ケア病棟入院料1・2**」の施設基準の中に地域貢献のための**図5**のようなアウトカム指標があります。うち、①②はいずれも満たしている必要があり、③〜⑦はいずれか２つを満たしている必要があります。

図5　地域包括ケア病棟(入院料・入院医療管理料)1と3の実績要件

①自宅からの入院割合	15%以上	20%
②自宅からの入院患者数	3ヵ月で6人以上	3ヵ月で9人 / 8人(10床未満)
③在宅患者訪問診療料	3ヵ月で30回以上	3ヵ月で30回
④訪問看護(医療機関から)	3ヵ月で60回以上	3ヵ月で60回
訪問看護療養費(訪問看護St)	3ヵ月で300回以上	3ヶ月で300回
⑤在宅患者訪問リハビリテーション指導料	3ヵ月で30回以上	3ヵ月で30回
⑥介護保険法による訪問看護、訪問リハビリの提供	提供実績あり	提供実績あり
⑦退院時共同指導料2 +外来在宅共同指導料1	3ヵ月で6回以上	3ヵ月で6回

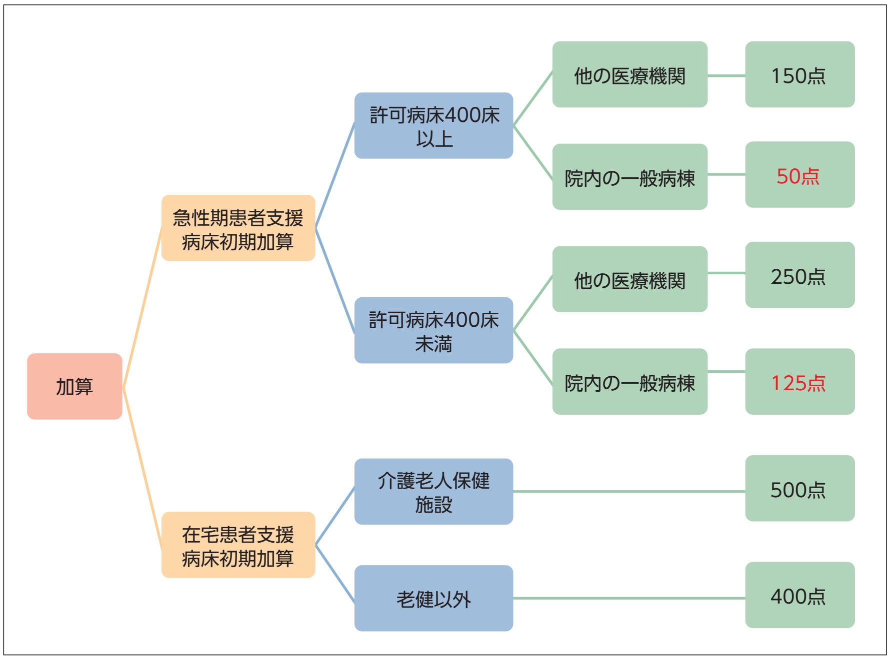
（③〜⑦のうち2つ）

①の「自宅から入院」という指標は、これまでの15％以上から20％以上へ改定され、②の「緊急入院受け入れ患者数」については、「3ヵ月で6人以上」から9人以上へと改定されました。また、⑦については、これまでの「**退院時共同指導料2**」だけでなく、「**外来在宅共同指導料1**」を合わせた数で3ヵ月に6回以上算定することとされました。

「**地域包括ケア病棟**※**2・4**」については、①〜⑦のいずれかの実績を満たすことが必要となりました。

地域包括ケア病棟の収益で大きな構造変化があったのが、病棟への入院や入棟時に算定できる初期加算ではないでしょうか。地域包括ケア病棟は、「**急性期患者支援病床初期加算**」(これまで150点)と、「**在宅患者支援病床初期加算**」(これまで300点)が14日間算定できます。そして、改定により初期加算が少し複雑になりました(**図6**)。

図6　地域包括ケア病棟における初期加算



「**急性期患者支援病床初期加算**」が許可病床400床以上と400床未満で点数が分けられたことと、院内からの地域包括ケア病棟への移動と院外からの地域包括ケア病棟への移動で報酬に差がつけられることとなりました。院内からの患者の移動は、1日につき「400床以上で75点、400床未満で25点下がる」こととなりました。

「**在宅患者支援病床初期加算**」は、介護老人保健施設から患者を受け入れることで500点、介護老人保健施設以外のいわゆる在宅からの患者の受け入れについては400点が14日間算定できることとなりました。

地域包括ケア病棟については、地域のいわゆる在宅から患者の受け入れを増やしていくことで大幅に増収できる可能性があります。

これから在宅医療を提供しつつ、居住系介護施設と連携をしながら「**在宅患者支援病床初期加算**」を算定していくと地域包括ケア病棟の売上が上がっていくことは間違いありません。

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟の改定は、ポイントが3つあります。

①「**回復期リハビリテーション病棟入院料**」は、6体系だったものが5体系となりました。

②重症者の割合が、「**回復期リハビリテーション病棟入院料1・2**」では30％から40％へ引き上げられ、「**回復期リハビリテーション病棟入院料3・4**」は20％から30％へと引き上げられました。これにより、回復期リハビリテーション病棟は、患者の回転を早めていく必要が出てきます。

そして、新たに回復期リハビリテーションを要する状態として、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術の状態」に該当するものが追加されました。これにより回復期リハビリテーション病棟において「心大血管疾患リハビリテーション」を行う患者の受け入れが可能となります。

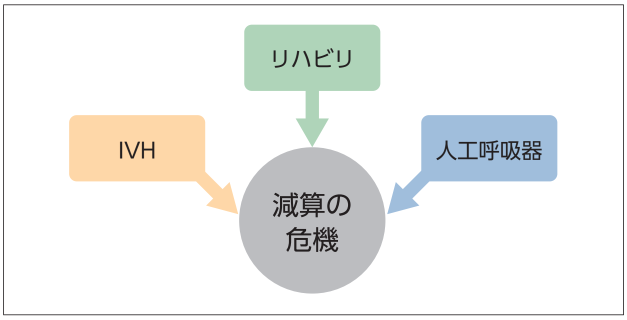
一方で、心大血管疾患リハビリテーションについては、脳血管疾患リハビリテーションより1単位(20分)あたりの単価が低いことと、1日9単位のサービス提供ができるようなリハビリテーションではないことから、収益性から考えると敢えて回復期リハビリテーション病棟の新たな柱とする必要はありません。

医療療養病棟は転換点が到来

「**療養病棟入院基本料**」は、リハビリテーションと中心静脈栄養(IVH)を管理している患者に対してのケアの負担が大きくかかることを求めるような改定となりました(**図7**)。

「**療養病棟入院基本料**」においてリハビリテーションを行う場合には、毎月FIM(Functional Independence Measure：機能的自立度評価法)の測定を行わなければなりません。もし、測定しなければ、1日2単位までしか出来高で算定できず、さらに、本来「**医療区分2**」とされていた患者が「**医療**

図7　転換点を迎えた医療療養病棟



区分1」となることとなりました。もし、「**医療区分1**」になると、「**療養病棟入院基本料1**」の「医療区分2と3の割合が80％」という基準を満たせなくなる可能性が出てきます。

療養病棟においてIVHを挿入している患者については、「**医療区分3**」で算定できます。医療機関も経口摂取よりIVHの方が患者の管理がしやすいため、紹介患者としてたくさん受け入れています。そのため、療養病棟ではIVHの患者が多くなる傾向にありました。そして、患者はIVHが挿入された状態になっていることが多かったことがわかっています。

今回の改定では、摂食機能または嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合には、「**医療区分3**」から「**医療区分2**」へと格下げされることとなりました。もし、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していないと、患者1人1日あたりの入院料が2,000円～3,000円程度下がる可能性があります。

この減算を避けるためには、摂食機能または嚥下機能の回復に必要な体制を有している必要があります。摂食機能療法を算定することで、体制を有していることと認められます。しかし、次回は、摂食嚥下機能回復体制加算を算定することが求められると思われます。

「**摂食嚥下機能回復体制加算**」については、3つの施設基準体系があります。

①内視鏡下嚥下機能検査または嚥下造影の検査を毎月行い②嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査を実施、検査結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること③摂食嚥下支援計画書の見直しに係るカンファレンスを週1回以上行うこと　などを行うことが基本原則となっています。「**摂食嚥下機能回復体制加算1～3**」の違いは、人員配置や前年の経口摂取への回復実績に違いがあることです（図8）。

「**摂食嚥下機能回復体制加算1**」は、専従の言語聴覚士が配置され、1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において35％以上とされています。「**摂食嚥下機能回復体制加算2**」については、専従の言語聴覚士が配置されていることがハードルとなります。「**摂食嚥下機能回復体制加算3**」は、療養病棟のみ届出可能となっていて、人員配置は、専任の医師、看護師又は言語聴覚士のいずれかであり、嚥下機能が回復しIVHから口腔摂取へ回復した者の数が前年より2名以上としています。

図8　摂食嚥下機能回復体制加算

	チームの活動	人員配置	前年の経口摂取への回復実績
摂食嚥下機能回復体制加算1	①月1回以上の嚥下検査 ②計画作成と見直し ③週1回以上のカンファと計画の見直し	医師※、看護師又はST、管理栄養士（St以外は専任）	35％以上
摂食嚥下機能回復体制加算2			なし
摂食嚥下機能回復体制加算3		医師※、看護師又はST	2名以上

※医師に歯科医師ST含む　※ST:言語聴覚士

療養病棟に関する診療報酬改定は、療養病棟の大きな転換点となりました。これまでの、IVHの患者をいかに集め、リハビリテーションで1日単価を上げていくかといった運用では、療養病棟を存続していくことが厳しくなりそうです。

精神科急性期と地域との連携が充実した精神科

精神科も急性期を中心として診療報酬点数が充実しました。「精神科救急入院料」は「**精神科救急急性期医療入院料**」に改め、評価体系が再編されました。「**精神科急性期治療病棟入院料**」や「**精神科救急・合併症入院料**」も含め、「60日以内」まで規定されていた入院日数に、新たに「61日以上90日以内」の点数が加えられました。これにより90日まで精神科の急性期に関する入院料が算定できることとなりました。

新たに「**こころの連携指導料（Ⅰ）（Ⅱ）**」については、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者、または精神科もしくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者が対象となります。

「**こころの連携指導料（Ⅰ）**」350点については、かかりつけ医が算定し、「**こころの連携指導料（Ⅱ）**」500点については、精神科や心療内科で算定するものとなります。

「**こころの連携指導料**」により孤立などを防ぎ自殺などを防ぐことも目的としつつ、自殺企図患者を救命救急で受け入れた場合の加算として、「**精神疾患診断治療初回加算**」も整備されました。

オンライン診療も深化

ここ数回の診療報酬改定では、オンライン診療を進めていくための議論が多くなされてきました。

前回改定後、コロナ禍においてオンラインの会議などが当たり前になり、オンラインによるコミュニケーションが社会に溶け込んできました。オンライン診療に関するハードルも下がってきたと思われます。

そのためか、今回の改定では、**オンラインによる**「**初診料**」が251点（対面では288点）、「**再診料**」が73点（対面では73点）、「**外来診療料**」73点（対面では74点）と、外来の基本診療料について遜色がない結果となりました。

また、「**管理料**」についても対象が拡大されました（図9）。対面診療の基本点数に対して87％となったことでオンライン診療がこれから進展していくのではないかと期待されます。

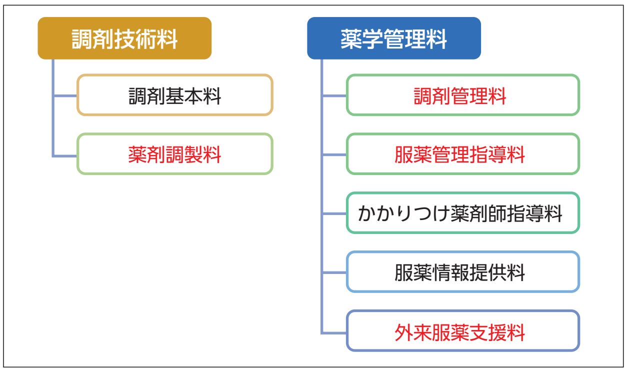
薬局は、ものから人へ

調剤報酬は、少しずつ変化してきています。調剤技術料における調剤料は、「**薬剤調製料**」として名称変更が行われ、薬学管理料については、薬剤服用歴管理指

図9　管理料とオンラインの報酬

	基本点数	オンライン点数
ウイルス疾患指導料	イ ウイルス疾患指導料1 240点 ロ ウイルス疾患指導料2 330点	イ ウイルス疾患指導料1 209点 ロ ウイルス疾患指導料2 287点
皮膚科特定疾患指導管理料	イ 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）250点 ロ 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）100点	イ 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）218点 ロ 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）87点
小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
がん患者指導管理料	イ 医師と看護師が文書説明 500点 ロ 医師又は看護師が面談 200点 ハ 医師又は薬剤師が文書説明 200点 ニ 医師が遺伝子検査の説明 300点	イ 医師と看護師が文書説明 435点 ロ 医師又は看護師が面談 174点 ハ 医師又は薬剤師が文書説明 174点 ニ 医師が遺伝子検査の説明 261点
外来緩和ケア管理料	290点	252点
移植後患者指導管理料	イ 臓器移植後の場合 300点 ロ 造血幹細胞移植後の場合 300点	イ 臓器移植後の場合 261点 ロ 造血幹細胞移植後の場合 261点
腎代替療法指導管理料	500点	435点
乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
療養・就労両立支援指導料	1 初回　　800点 2 2回目以降 400点	1 初回　　696点 2 2回目以降 348点
がん治療連携計画策定料2	300点	261点
外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

図10　薬局における報酬の変化



導料が「**調剤管理料**」と「**服薬管理指導料**」に分けられました（**図10**）。

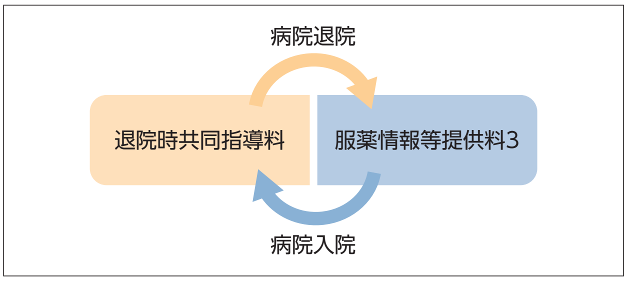
内服薬については、調剤料としてこれまで内服薬について調剤日数に応じて報酬が支払われていたものが「**薬剤調整料**」として1剤につき24点とされ、「**調剤管理料**」で調剤日数に応じて薬歴の管理に係る業務が評価されることとなりました。

また、調剤料の加算であった「一包化加算」は、薬学管理料の「**外来服薬支援料2**」へ変更されました。これは一包化という作業を評価するのではなく、多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出し服用することが困難な患者に対して服薬管理を支援することで算定できることとなりました。

「**後発医薬品調剤体制加算1〜3**」についても、それぞれ5%ずつ引き上げられ、「**後発医薬品調剤体制加算3**」については90%以上となり、28点から30点に引き上げられました。

病院との薬々連携が重要性を増しているなか、「**服薬情報等提供料3**」（50点）は、病院とより密な連携体制を構築する上で重要な点数であると思われます（**図11**）。

図11　病院との密な連携を支援



「**服薬情報等提供料3**」は、入院前の患者に関する服用薬の情報を一元的に把握し、必要に応じて保険薬局に持参した服用薬の整理を行い、入院する病院などへ情報を文書により提供した場合に3ヵ月に1回限り算定することができるものです。この「**服薬情報等提供料3**」の意義は、病院へ入院する前に患者の持参薬を一元管理し、あらかじめかかりつけ薬局で確認を済ませておくということもあると思われます。

病院では、入院時や入院前の入院支援センターにおいて看護師が中心となり入院時の持参薬の確認を行っていることが多いため、この仕事を連携する薬局が行うことで、病院における薬剤管理を分散することが可能となります。

おわりに

2022年の診療報酬改定は、新興感染症と超急性期に係る改定であると感じられます。そして、慢性期についても大きなメスが入れられ、これから医療と介護における役割分担をより深く考えていかなければなりません。

これから病院も地域の基幹病院を中心として地域包括ケアシステムの中でどのようなポジションを担っていくのかについて考えなければなりません。

連載
第8回

薬剤師の法的パラダイム

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。

薬局機能情報提供制度

薬剤師・弁護士
赤羽根 秀宜

質問

薬局機能情報提供制度が令和元年の薬機法改正を踏まえて改正されたようです。この改正の内容がどのようなものか、また薬局機能情報提供制度の位置づけなども教えてください。

POINT 1 薬局機能情報提供制度

薬局機能情報提供制度とは、薬機法第8条の２に定められている制度で、医療を受ける者が薬局の選択を適切に行うために必要な情報を提供する制度です。薬局開設者が、薬局機能情報を当該薬局の所在地の都道府県知事に報告するとともに、それを記載した書面等を薬局において閲覧に供しなければなりません。都道府県知事は、原則、薬局開設者から報告を受けた薬局機能情報をそのまま公表します。この薬局機能情報を、患者等において、薬局の適切な選択に役立ててもらうことになります。

報告対象となる事項は、「基本情報」（薬局の名称、薬局の管理者、所在地、電話番号、営業日、開店時間等）、「薬局へのアクセス」（薬局までの主な利用交通手段、駐車場情報、ホームページアドレス、メールアドレス等）、「薬局サービス等」（健康サポート薬局である旨の表示の有無、相談に対する対応の可否、薬剤師不在時間の有無、対応することができる外国語の種類、障害者に対する配慮、車椅子の利用者に対する配慮等）、「費用負担」（医療保険及び公費負担等の取扱い、クレジットカードによる料金の支払の可否）等の他、「提供サービスや地域連携体制に関する事項」として、認定薬剤師の種類及び人数、薬局の業務内容、地域医療連携体制等があります。

POINT 2 薬機法改正に伴う改正

薬機法は令和元年に改正されましたが、その中に認定薬局制度があります。この認定薬局制度は、特定の機能を有する薬局（地域連携薬局、専門医療機関連携薬局）を法令上明確にし、当該機能を果たしうる薬局であることを示す名称の表示を可能とするもので、令和3年8月1日に施行されています。この認定薬局は、「患者が自身に適した薬局を主体的に選択するための方策」として導入されたものです。

また、薬機法改正では、オンライン服薬指導が一部認められました。もっとも、オンライン服薬指導については、新型コロナウイルス感染症で時限的・特例的に認められた「0410対応」（「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」事務連絡 令和２年４月10日厚生労働省医政局医事課 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課）の運用を踏まえて現在改正が予定されています。

このような薬機法の改正を踏まえて、薬局機能情報提供制度も改正され令和3年8月1日に施行されています。今回の改正で追加された項目は、以下のとおりです。

- 地域連携薬局の認定の有無
- 専門医療機関連携薬局の認定の有無
- オンライン服薬指導の実施の可否
- 電磁的記録をもって作成された処方箋の受付の可否
- 入院時の情報を共有する体制の有無
- 感染防止対策の実施の有無
- 地域連携薬局等に関する事項

ここでの「地域連携薬局等に関する事項」においては「地域包括ケアシステムに関する研修を修了した薬剤師の人数」、「医療機関に情報を共有した回数」、「麻薬に係る調剤を行った回数」、「無菌製剤処理に係る調剤を実施した回数」、「居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を実施した回数」等があり、専門医療機関連携薬局では、「専門性の認定を受けた薬剤師の人数」等の記載も求められます。

今回の改正において認定薬局の項目が追加になりましたが、かなり具体的な報告が求められているといえるのではないでしょうか。「患者が自身に適した薬局を主体的に選択するための方策」として導入された制度ですので当然かもしれませんが、単に認定薬局であることを称するだけでなく、このような詳細が公表されることとなりますので、認定薬局は、患者の選択に資する制度となると思われます。また、新型コロナウイルス感染症の影響も受けて感染防止対策の実施の有無が追加の項目になっていることも注目されます。

改正において、どのような事項が報告になっているか改めてチェックしておくのもよいのではないでしょうか。

POINT 3 報告について

薬局機能情報の報告は、12月31日時点の薬局機能情報を翌年1月末日までに報告することが原則ですが、「地域連携薬局等に関する事項」については、認定（更新）申請の前月時点の薬局機能情報を報告することとなっており、報告時期は、各都道府県においてあらかじめ時期を定めておくこととされています。

また、基本情報等に変更があった場合には速やかに変更の報告をする必要があります。

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。

発行：第一三共エスファ株式会社　東京都中央区日本橋本町3-5-1　〒103-8426
編集・制作：メディカルクオール株式会社
EPALL1T05601-1
2022年3月作成