

令和2年度調剤報酬改定

対物業務から対人業務にシフト

エビデンス示し薬剤師の業務を評価

日本薬剤師会 常務理事

有澤賢二



令和2年度調剤報酬改定について日本薬剤師会の有澤賢二常務理事にきいた。有澤常務理事は、今回の改定では患者の目線に沿って薬のプロフェッションとして医療にかかわる方向が盛り込まれたと指摘。改定内容に沿って患者に理解してもらえる業務を確立することが目標だと述べた。改定のポイントとして「対物業務から対人業務へのシフト」をあげ、薬剤師の対人業務を評価するために薬剤服用歴管理指導料に3つの加算が新設されたと説明。エビデンスを示して薬剤師業務の評価に取り組みたいと述べた。(取材は6月17日)

プラス改定は評価
薬局の利用方法理解求める

——調剤報酬の改定率はプラス0・16%でした。どう受けとめていますか。

厳しい財政のなかでプラス改定になったことと、医科・調剤の比率について従来通り0・3が堅持されたことは評価しています。

ただ、薬局が働き方改革に対応する上で0・16%の改定率では寂しいと言わざるを得ません。薬局の場合は、薬剤料が収入全体の75%程度を占めており、薬価改定がマイナス0・99%(医療費ベース)であることから、実質的にはマイナスとなり、厳しい状況です。また、薬機法の改正があり、今後薬局に求められる機能が変わってくるなかで、それに対応していくためには安定した経営基盤が必要であることもご理解いただきたいと思います。

——「患者のための薬局ビジョン」が平成27年に策定されて、かかりつけ薬剤師の普及に取り組んできましたが、進捗状況をどう見えますか。医薬分業については、ど

うお考えでしょうか。

国民に薬局・薬剤師の活用の仕方が必ずしも理解されているとは言いがたい状況かもしれません。薬局によるさらなる努力も求められますが、国民に薬局を活用するメリットを知っていたく必要がありません。医療機関の隣に薬局があるからそこに行くということではなく、馴染みの薬剤師や薬局をかりつけとして決めておき、健康増進やセルフ・メディケーションに活用してもらいたいです。当然、それに応えられる薬剤師の資質向上や薬局機能の強化は、職能団体である我々が負うべきところだと思います。

医薬分業については、薬局の役割に対し厳しい見方があります。それは、薬局に籠って、処方箋を数多く集めることが薬局・薬剤師の主たる業務と誤解されています。いるからと考えます。かつて私が薬剤師を目指した頃は、街には気軽に相談できる、医療へのファーストアクセスにふさわしい薬局がありました。今は処方箋をもらって、薬をもらいにくだける場所になっています。単に処方

箋を数多く集めることで経営が成り立ってしまう構造があり、そこに批判があるのではないのでしょうか。

薬剤師はもつと薬局の外に出て、地域の活動に参加し、在宅で療養中の患者さんのところに行くべきであり、そのチャンスがあるのにできていない薬局が多くあると思います。

今回の調剤報酬改定は、患者さんの目線に沿って、薬剤師が薬のプロフェッショナルとして医療に関わり、多職種と連携して治療効果を高めていく方向がより明確になりましたので、この方向に沿って取り組むことが大切と考えています。

服用薬剤調整支援料2の新設 減薬の取り組みを評価

——それでは、令和2年度の改定内容についていかがですか。まず、かかりつけ機能の評価について、服用薬剤調整支援料2が新設されました。

服用薬剤調整支援料2は、重複投薬などについて、いわゆる多剤服用の患者さんの減薬を試みるプ

ロセスへの評価です。これまで服用薬剤調整支援料1でポリファーマシーの解消として評価されてきましたが、アウトカム評価のみでしました。処方医師が「薬局薬剤師の提案により減薬しました」と認め、かつ減薬した状態が一定の期間、続くといったことが要件とされています。

「1」の算定実績が上がっていないことが中医協で指摘されましたが、薬剤師が取り組んでいなかったわけではなく、算定まで至らなかったただだと私は理解していました。実態調査では単月で、全国で160件程度の算定でしかなかったため、より取り組みやすいものとして、今回「2」を設定しました。

病院におけるチーム医療や医療機関に近接する薬局であれば処方医との意思の疎通も取りやすく、取り組み易いと思われませんが、離れた医療機関に薬局が減薬について電話をすると、「なぜあなたのところから電話が来るのか？」と言われることもあります。そのようななかで、減薬について処方医に提案できる薬剤師は多くないか

もありません。ただ、「2」であれば一元的薬剤管理を行っている薬局には、取り組みのきっかけになり、現場でもう一步進めて、「1」にも繋いでいけるのではないかと思います。

医師と連携し、信頼関係を構築して医療提供を行っていくことは地域包括ケアのなかで求められており、薬局ビジョンでも期待されていることなので、薬局・薬剤師には推進して欲しいと伝えていきます。

かかりつけ薬剤師指導料等の見直しもしました。もともと、かかりつけ薬剤師指導料を算定している薬局は患者のプライバイシーには配慮していますが、改めて施設基準に明記して要件を加えました。

——患者に同一薬局の利用を促進する内容の見直しも行われました。

6か月以内であれば、お薬手帳を持参することで、患者負担額が安くなるような設定でしたが、6か月は少々長いです。大学病院や基幹病院等を半年に一度受診する患者さんがその都度、それぞれの近隣薬局にいつても、かかりつけ



薬局を2回以上利用する患者の割合は、6か月間では約85%、3か月間では約72%。薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる来局期限を6か月から3か月にすると、約13%の人が、期限内の来局回数が1回になり安くならなくなりま

す。その人たちに、もう少し身近な薬局を活用し、かかりつけとしてもらいたいと考えました。

一つの薬局で服薬情報を一元的に把握できれば、重複投薬や相互作用の問題を把握しやすく、患者さんにとってもメリットがあります。患者さんに自らの受療行動を変えて、薬局の一元化を図ってい

ただきたいということです。

今は、調剤基本料は処方箋受付回数や集中度で差をつけているのですが、将来は、複数医療機関の処方箋を複数の薬局で調剤を受けるのではなく、一人の患者さんが複数の医療機関の処方箋をひとつの薬局にまとめ一元化をしているかという視点、つまり「一元化率」による薬局の機能評価なども必要と考えます。どのような指標にするか、具体的な組み立てはまだできていませんが、NDBデータ等を活用して、今後はそのような評価指標も考えていくべきです。

実態に合わせて

地域支援体制加算を見直す

——地域支援体制加算の見直しも行われました。

以前は基準調剤加算というものでしたが、それを実態に近づけ、地域に貢献できる薬局を評価しようとして前改定で地域支援体制加算が新設されました。

調剤基本料1は要件が5つ、調剤基本料が1以外のところには別途要件が設定されています。

地域といっても、東京のような

都会の真ん中と私の地元の北海道では、実情が違いますから、これらの要件を地域の実情を考慮せず一律にクリアするのは難しい。そこで今回は、調剤基本料1のところは5つの要件のうち4つ満たすことと整理しました。

「服薬情報等提供料の実績が年12回以上」と「研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席していること」という要件のどちらかを満たせばよいことになり、より実態に近づき、選択の幅が広がりました。

在宅患者薬剤管理の実績は「年1回以上」から「年12回以上」になりました。在宅というのは「1回」で終わることはなく、一般的には訪問指導を開始したら、その患者さんがお亡くなりになるか、あるいは施設に入らない限りは続きます。

私の経験から申し上げますと、在宅介護を受ける方に携わる多職種との連携を強化することで信頼関係が構築されれば、別の方を紹介されることもあり、結果的に在宅受け入れ件数も増えていきます。

在宅療養されている方に真剣に向かい合って、自分たちの業務を提供していけば、自然に件数は増えるものだと思うのです。

在宅薬剤管理は訪問時間が決まっているわけではないので、月1回というのは何とかできるのではないでしょうか。田舎だと、農家の人は朝が早く「仕事に出る前に来てください」と言われて、朝7時に訪問することがあり、朝ごはんまでごちそうになったりすることもあります。

在宅を「年12回」としたことに「厳しい」という声はありますが、私は実態を踏まえた要件設定だっただと思います。これは体制整備への加算なので、在宅薬剤管理の恩恵を受けない人まで負担することになります。したがって、その薬局はその地域の住民に対してしっかり将来にわたり貢献をすることが責務であり、当然、求められる要件だと思っています。

一方で、調剤基本料1以外の薬局については、「麻薬管理指導加算の実績10回以上」を「麻薬の調剤実績10回以上」に変更しました。麻薬管理指導加算の対象となり得

る麻薬処方では薬局の努力では満たすことが困難です。麻薬管理指導加算は、ターミナルで痛みの疼痛管理をして副作用をモニタリング、用量設定など医師に必要に応じてフィードバック、提案を行い、患者さんに指導を行う、ということが求められます。麻薬の調剤実績なら麻薬小売業免許を持つ薬局であれば要件を満たすことが容易ということで「調剤実績」に変わりました。

「研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席」というのは、調剤基本料1以外ではある程度大きな薬局をイメージするので、5回くらいは難しくないでしょう。

前回改定で初めてできた地域支援体制加算ですが、実際に走らせてみて、地域に貢献する薬局になつていくために要件を見直したということです。

薬剤師業務の評価されて いない部分を掘り出す

——薬剤服用歴管理指導料に新たに3つの加算ができました。

薬局にいま求められているのは、対人業務の充実です。一方で、対物業務はある程度合理化し、「対物業務から対人業務へ構造的転換を図りましょう」というのが今回の改定の一つの方針でした。

調剤料は、典型的な対物業務としてあげられます。調剤はヒート包装をちぎって数えるだけだろうと思われがちですが、単純にものを動かして数量を数えたりするだけの点数ではないのです。事前に処方内容を確認し、安全性や相互作用も含めて精査するなど、対人業務の一部も含めて行っています。患者さんからは見えにくいので、薬剤師でなくてもできる仕事だと思われてしましますが、薬袋を確認するにしても対人業務の一部になると思います。ただ、それらを議論しても理解がされにくいというのが現状です。

それでは、薬剤師の対人業務を評価する項目は何というと、薬剤服用歴管理指導料や特定薬剤管理指導加算など項目としては必ずしも多くはありません。そこで、まず薬剤服用歴管理指導料の評価を検討しました。

もう少し薬剤服用歴管理指導料で評価されていない部分を掘り出してみようということで、それが特定薬剤管理指導加算や吸入薬指導加算、調剤後薬剤管理指導加算でした。これらは薬局で実際に行われていることで、エビデンスをもとにして提案させてもらいました。

例えば特定薬剤管理指導加算2では、国立がんセンターの東病院や昭和大学横浜市北部病院などで実施した厚労科研で、薬剤師が抗がん剤の化学療法を受けている患者さんのフォローアップをするなどで、医師の負担軽減も図れて成果があったことが明らかになっています。すでに一部の地域では行われていたことで、新たに加算を設定することで、全国的に展開したいと思っています。

今は、入院ではなく外来化学療法で、仕事をしながらがん治療を続ける患者さんが多いのですが、抗がん剤の副作用では吐き気や発熱、皮膚炎の症状が起きることがあり、「このような症状が現れたらはこの薬を飲んでください」と言っただけで薬が処方される

支持療法が行われています。点滴の抗がん剤の合間に、内服の抗がん剤が出されることもあります。そういった化学療法について患者さんに不安があれば話を聞いて、患者さんの承諾を得た上で、副作用の状況などを薬剤師が電話で聞いたりしていきます。

例えば患者さんから「下痢がひどくて止まらない」という電話を受けたときには、どの程度・いつから続くかなどを確認して、医療機関と連携しながら「この程度の場合にはあらかじめ渡してある頓服を飲んで様子を見て、よくならなければ受診してください」とか、「この状態ならすぐに受診してください」などとお伝えするわけです。

この加算の新設には懸念の声もありましたが、薬局の薬剤師が主体的に薬物療法を行うのではなく、あくまでも担当医師と病院薬剤師との連携のなかで、薬局薬剤師も専門職として患者さんのより安心安全で効率的な薬物治療をお手伝いしたいという思いです。

また、吸入薬指導加算は、練習用吸入器を用いて実技指導を行い、

指導内容を医療機関に提供した場合の評価です。吸入薬は海外導入品が多く、高齢者の方には使用方法がわかりにくい場合があります。使い方を薬剤師が指導することを評価してもらいました。

ただ、医科診療報酬点数でも似たような評価があるので、「患者負担が増えるのでは」と指摘を受けました。呼吸器専門の医師や看護師が丁寧患者さんに伝えてくれるのならそれでいいのですが、そのようなケースばかりではないので、医師の指示または医師の患者さんの求めがあり、その上で、医師の了解を得て、薬剤師が吸入薬指導を行うということです。当然、薬剤師の指導の結果は、医療機関に報告します。

調剤後薬剤管理指導加算は、糖尿病薬の調剤後の管理です。初期の糖尿病のほとんどの人には自覚症状がなく、服薬を中止する人も出てきます。気が付いた時には悪化して、腎機能低下に伴い糖尿病性腎症が発症したり、重症化して透析になるケースが実際にあるので、必要に応じて、調剤した後に「服薬が継続しているか?」「低血

糖を起こしたりしていないか?」などと薬剤師がチェックします。

糖尿病の薬を飲み始めたばかりの患者さんには、低血糖の状態がわからない人もいます。ご飯を食べないまま薬を飲んで低血糖になつてしまった患者さんから電話がかかってくることもあり、すぐに甘いものをとるように伝えて、30分後にはよくなったということもありました。地域支援体制加算の薬局は24時間対応できる薬局です。すから、具合が悪くなった時にまず相談するところとして利用してもらっていいと思います。

対物業務から対人業務へシフトを図る

——調剤料の見直しについてはいかがでしょうか。

調剤料は、はじめ1日分は5点で、7日分までは1日5点ずつ、その後14日分までは1日4点ずつ上がっていくものでした。それを今回、包括化して1〜7日分は28点、8〜14日分は55点と整理しました。ある程度財政中立に設定されたと思います。

調剤料は、技術料の約5割を占

めています。昔は一回分ずつ分包紙で薬を包んでいたわけですが、今は機械でできることも多いので、たびたび指摘を受けやすい部分です。ただ、薬局経営への影響が大きいので、対人業務の評価と調剤料の評価のバランスをとっていくことが重要です。対物業務から対人業務への構造的な転換を図るのが狙いです。

薬剤服用歴管理指導料の「見出し」が少なかったため、今回は増やしましたが、例えば吸入薬指導加算なら将来は喘息だけでなく抗インフルエンザ薬のイナビルなどもできるように、使いにくいデバイスの指導についてエビデンスを構築する必要があります。その意味で、今回、「見出し」を作りました。今まで薬局で実際にやっていたのに評価されていない部分でまず項目をつくり、これから育てていくというのが今回の改定です。

この4月に改定があったから4月から薬局の業務が変わるといえるのではなく、1年後に薬局の業務がどう変わったかが大事だと思えます。薬局薬剤師が一つひとつ経

験を積み、患者さんに十分に理解してもらえ業務として確立していき、来年の4月に1年を振り返って「変わったね」と思えるようになるのが目標です。

後発品の使用率に新型コロナウイルスが影響?

——後発医薬品の使用促進についてはいかがですか。

2020年9月に80%という目標を薬局はおそらくほぼ達成できていると思いますが、医療機関によっては難しいところもあるでしょう。

今回、新型コロナウイルスの影響で原料の調達ができずに、流通がストップしている品目があり、それが後発品の使用率にどう影響するのかわかっています。先発品でもそうですが、とくに東南アジアから原料を輸入している後発品メーカーで、原料の調達が難しくなっているところが多くあります。その結果、後発品の供給が減って、先発品を使わざるを得ない場合もあるでしょう。現場の感覚では、医薬品の供給が不安定になっていますが、薬局は引き続き後発品の使用促進に取り組んでいきます。

後発医薬品調剤体制加算は調剤数量割合の高い割合に重点がシフトしました。なかには医療機関が先発品を出すので、どうしても後発品が伸びないところもあるのですが、そのような薬局も努力はしているのです、やる気を削がないように、これまでの目標は引き続き残して、これは財政中立ではなく、若干点数を使用率が高いほうに移動しました。

在宅薬剤管理については在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を新設するなどして、より一層在宅薬剤管理の推進を図っています。

薬機法の改正に対応 オンライン服薬指導は限界も

——薬機法改正にどう対応しますか。

来年の8月に施行される地域連携薬局と専門医療機関連携薬局は、薬機法の原則のなかで位置づけられ、重いものだと思います。健康サポート薬局は施行規則に位置づけられ、届出の範疇ですが、地域連携薬局と専門医療機関連携薬局は都道府県知事が認定するものです。1年ごとの更新というハード

ルがあります。薬局として残っていこうと思うのなら、全国の薬局すべてが目指すべきです。申請まで至らなくても、一步一步目指していくことで、地域の住民に薬局・薬剤師の姿が見えるようになるのではないのでしょうか。

薬機法改正によるオンライン服薬指導は今年9月から始まります。今、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、事務連絡で例外的に、電話等を用いた時限的・特例的な対応が認められていますが、これと9月施行のオンライン服薬指導とは別ものです。

対面できないと伝えられないもの、把握できないものはかなりありますし、最終的に、どんなことをしても患者さんに薬剤を渡さなければいけません。配送といつても、通常の配送ができる薬があれば、温度管理など制約のある薬もあるなかで、安定性を保つた上で患者さんに届けなければいけないわけですから。

オンライン服薬指導は上手に活用していくべき手段ですが、まずは対面指導が基本です。そのうえ

で、離島やへき地、冬の大雪で薬局に来れないときなどには、オンライン服薬指導は便利だと思えます。今の新型コロナウイルス対応の状況は別として、規制改革の文脈で広げるといっては違います。あくまで対面を基本として、利便性とリスク・ベネフィットを考慮した上で、オンライン服薬指導が必要な時は利用すればいいと思います。

コロナ禍での 薬価改定は中小薬局に打撃

——中間年改定について、お聞きします。

現場では、薬価調査ができる状況ではありません。例年、6月頃に卸から見積もりが来るものですが、それすら出ていません。大きな薬局では専門の部署が対応するかもしれませんが、地域の薬局でこの状況下で価格交渉を進めるのは簡単ではありません。未妥結減算という報酬上のペナルティがあり、非常に厳しい状況です。

薬価調査をして、大きな薬局も中小の薬局も調べて平均の乖離率を出し、それを薬価に反映すると、特に中小の薬局は資産価値に一層

の影響が出ることになりました。

〆面〆で処方箋を受けて患者さんの服薬情報を一元化するために、多くの在庫をもっている薬局は、回転率が悪い傾向があります。面分業を実践するある薬局では在庫を700万円ほど抱えており、例えば、薬価が1%下がると、資産価値が7万円も下がることになりました。資産価値減少への影響はかなり大きいのです。

——ありがとうございます。