



地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築を念頭に置いた2018年診療報酬改定。最大のポイントは急性期から慢性期に至るあらゆる入院料の体系が再構築されたことだ。こうした、医療提供体制の改革は薬剤師に何をもたらすか。厚生労働省中央社会保険医療協議会・保険医療専門審査員も務める浜松医科大学医学部附属病院 薬剤部 教授・薬剤部長の川上純一氏に聞いた。  
(聞き手は、日経メディカル開発)

浜松医科大学医学部附属病院  
薬剤部 教授・薬剤部長

川上 純一 氏

## 入院医療評価体系の抜本的な見直しで 病院薬剤師、薬局薬剤師の業務も大きく変わる

### これまで未着手だった 急性期入院料にメス

——診療報酬改定から約半年が経過しました。新点数で医療機関は既に動いているわけですが、今改定の内容を改めて整理していただきたいと思います。まず、全体的な印象からお願います。

川上 現在、2012年8月に関連8法案が成立してスタートした「社会保障と税の一体改革」に沿って、地域医療構想や地域包括ケアシステムなどの改革が進められています。2016年度診療報酬改定に続き、2018年度の診療報酬・介護報酬同時改定も、そうした施策を推進するための項目が数多く盛り込まれ、基本的には既定路線に沿った改定だったといえるでしょう。

ただし、中身を見るとこれまで手が付けられてこなかった部分にもしっか

りと改革のメスが入りました。その意味では、ドラスティックな改定だともいえます。

例えば、病院の入院医療の評価の抜本的な見直しです。一般病棟については、増えすぎた7対1入院基本料の病棟を適正化するため、7対1と10対1を統合した新しい急性期一般入院基本料の体系が導入されました。これまでは、経営的な理由から、背伸びをして7対1を取りに行くという事例があり課題となっていました。解消に向かうと思われま

さらに、急性期病院以外でも、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟については、「基本部分」と「実績部分」を組み合わせたきめ細かな報酬体系に再編されました。慢性期の療養病棟入院基本料も、20対1を基本としたうえで「実績部分」で2段階に分ける形となりました。

今改定により、病床機能が今まで以上に細分化されたことで、病院は、自院の患者像や医療提供の実情に合った入院料を選びやすくなりました。病床の機能分化が進むことで、地域医療構想で示された各地域の「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」それぞれの病床数に近づいていくことになると思います。

### 病院の機能分化で 薬剤師の役割も変わる

——病床の機能分化の進展が、現場の病院薬剤師にもたらす影響は。

川上 個々の病院・病床が果たす機能に即して、病院薬剤師の仕事も変わってくるということです。

高度急性期や急性期であれば、医師への処方提案において、どういった副作用が起こりうるか、起こったらどんな対応が必要で、投与量はどうか

調節するかといった高度な薬学管理が必要になってきます。退院に際しては次の回復期や慢性期の病院が受け入れられるような退院処方が求められます。

回復期や慢性期の病院の目的は、患者さんの機能を回復させ、退院させ、地域に戻していくことです。急性期病院のような入院医療に特化した処方提案ではなく、むしろ患者さんを外来や在宅に移行させられるような処方提案が必要になってきます。具体的には薬剤数を減らす、注射を内服に変えることなどです。副作用が起こると再入院となるので、副作用を考慮した処方提案も必要になってきます。慢性期の患者さんの外来では、服薬をやめてしまう患者さんに対し、やめさせない服薬指導等、患者教育も必要です。

つまり、病院の機能が分化していくほど、各ステージで薬剤師に求められる役割や機能、薬物療法も変わってくるし、場面ごとの課題を解決することが、医業収益の面でもプラスに働く仕組みにもなっています。

また、患者さんも高度急性期、急性期、回復期、在宅と順にステージをまたいでいくので、次に受け入れる医療機関に対する薬剤情報や治療内容の提供は重要となり、病院薬剤部間、あるいは薬剤部と近隣の薬局との間での、より緊密な連携が必要になっていきます。

さらには、ステージをまたいだときに、治療方針、薬物、医療材料が違っていくというのも好ましくありません。地域包括ケアシステムの時代では、地域全体でのフォーミュラリーも考え

ていかなければなりません。

## ● 入院時支援加算で病棟薬剤業務が変わる

——次に、薬剤師に関連する診療報酬について伺います。注目した項目は何でしょうか。

川上 まず、「入院時支援加算」(200点、退院時に1回)です。これまで入院早期から退院後までの切れ目ない支援を評価した退院支援加算がありましたが、これが「入退院支援加算」に名称が変わり、この加算を算定する患者さんに新設の入院時支援加算が算定できるようになりました。

入院時支援加算の留意事項として、医療機関は入院前に、「患者情報の把握、褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」など、7項目の内容を含んだ支援を行い、患者や関係者と情報共有する、となっています。この留意事項の中に、薬剤師も関わる、「持参薬の確認」が入っています。また、「入院中に行われる治療・検査の説明」は、薬物治療で薬剤師も関わってきます。

持参薬の確認は、単に持参薬をリストアップするだけでなく、入院前の外来での薬物治療の状況と服薬状況を把握して、入院中の処方を組み立て、それを基に医師に処方提案するというのが本質です。確認した後の作業が大事なのです。

これまで持参薬の確認は、入院のごく初期に病棟薬剤師が主に担当していましたが、今回の入院時支援加算の新設で、外来の業務フローの中で対応する病院も出てきます。そのことで、今、週20時間以上といわれて

いる「病棟薬剤業務実施加算」の業務の中で、持参薬確認の時間が軽減されれば、もっと他の業務、カンファレンス、回診、医師への情報提供など、医師や病棟の患者さんに対応する時間を増やすことができるだろうと期待しています。

例えば予定入院の患者さんの場合、入院前に休薬しなければいけない薬を服用していると、手術できず残念ながら退院させなければならないケースが出てきます。そういうことが格段に減ります。また、入院の初期から薬物治療の導入がスムーズになりますから、結果的には在院日数短縮にもつながるでしょう。

## ● 明記された入退院時の病院・薬局薬剤師連携

——その他の注目点数は。

川上 私が注目したのは、「退院時薬剤情報管理指導料」(90点、退院時に1回)です。この加算を算定する場合、入院時と退院時の対応が必要です。患者さんが入院する際に、それまで患者さんが服薬していた医薬品を確認します。退院時は、入院中に使用した主な薬剤をお薬手帳に記載し、患者さん、またはご家族に対して退院後の服薬等に関する必要な指導を行います。今回、点数はそのままですが、留意事項の通知内容が変更されています。

具体的には、「退院後、在宅療養を必要とする患者であって、手帳にかりつけ薬剤師の氏名が記載されている場合は、退院後の薬学的管理及び指導に関しかりつけ薬剤師への相談を促すよう努めること。また、入



院時に患者が持参した医薬品の服用状況等について保険薬局から提供を受けた場合には、患者の退院に際して、患者の同意を得たうえで、当該保険薬局に対して当該患者の入院中の使用薬剤や服薬の状況等について情報提供すること」というように、病院と薬局との連携に関することが努力規定ではありますが、従来の留意事項に追加する形で明記されました。

これによって、今後、薬局とやりとりをしたら、その内容を管理指導の記録に書くようになってきます。冒頭でも話しましたが、入院時や退院時など、まさにステージをまたぐところでの、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携を促す内容が明示されたことは評価されるべきでしょう。

加えて、感染防止対策加算の要件の見直しによって、抗菌薬適正使用支援チーム(以下、AST)の取り組みを評価した「抗菌薬適正使用支援加算」(100点、入院初日)が新設されたことも大きいと思います。施設基準の1つに、「ASTを組織して適正使用支援業務を行う」があり、その中で3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療に関わる専任の薬剤師を構成員に含めています。

業務的には特段新しい内容ではないですが、各病院の感染対策室の標準業務として明記して、その結果を記録する、報告するという体制を整えることが重要だと思います。

薬剤師が構成員に規定されましたが、将来、専従は薬剤師になることもありえます。当然、病院における抗菌薬の採用などの管理も必要になります。それは感染対策室の専従の薬

「お金の問題でポリファーマシー対策や減薬が重要なのではなく、本質は治療の質向上や安全性の確保にあります」

川上純一氏



剤師1人が担当できるものではなく、薬剤部門を挙げて薬剤管理、まさにフォーミュラー管理の中で遂行していくものだと考えています。

そもそも、安全対策や感染対策は、診療報酬が付いたからやることではなく、医療法の中で医療の提供体制として規定されている当たり前の業務です。それを政策として後押しするために診療報酬を付けたわけです。医療機関としてはありがたいことなので、これをきっかけに自分たちの業務をもう一度再構築する。つまり、標準化して、適正に運用していくという取り組みが病院や薬剤部のトップには必要だと思います。

● 地域包括ケアを見据えた薬剤適正使用の推進

——医薬品の適正使用関連の項目はどうでしょう。

川上 前回の改定では、ポリファーマシー対策はどちらかというと、お金、医療費の観点から強調されていました。しかし、お金の問題でポリファーマシー対策や減薬が重要なのではなく、本質は治療の質向上や安全性の確保にあります。

今回、この本質にフォーカスを合わせて、それを軸とした連携を促す仕組みが入ってきたのは、とても評価できると思います。

連携を促す仕組みの1つは、「薬剤適正使用連携加算」(30点、退院または退所の日を含む月の翌月までに1回)ですね。200床未満の病院や診療所が算定している、かかりつけ医機能を評価した「地域包括診療料」、これに対する新たな加算ですが、算





PROFILE

川上 純一 氏

浜松医科大学医学部附属病院薬剤部 教授・薬剤部長

1990年東京大学薬学部卒業、1995年同大学院博士課程修了、東京大学医学部附属病院薬剤部助手、1998年オランダ・ライデン大学客員研究員、2000年富山大学助教授・附属病院副薬剤部長、2006年浜松医科大学教授・附属病院薬剤部長、2016年日本病院薬剤師会副会長、2018年日本薬剤師会副会長。厚生労働省中央社会保険医療協議会・保険医療専門審査員（薬価算定組織委員長代理、入院医療等の調査・評価分科会委員など）も務める。

定要件として、「入院・入所に際して処方内容を調整するに当たり、患者の同意を得て、入院・入所先の医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること」「入院・入所先の医療機関等において減薬しており、減薬後の処方内容について、退院・退所後1カ月以内に当該医療機関等から情報提供を受けていること」などが盛り込まれました。

加算は地域包括診療料を算定する200床未満の病院や診療所に付けていて、実際には減薬するのは入院医療機関側という“たてつけ”が興味深い。入院医療機関側も内服で6剤以上から2剤以上減ったら「薬剤総合評価調整管理料」(250点、月1回)を取れ、その情報をきちんと薬局にフィードバックした場合、「連携管理加算」50点が付きませんが、双方が取り組み、連携しないと算定できない点がポイントです。

——調剤報酬に新設された、「服用薬剤調整支援料」も同様ですね。

川上 はい。「服用薬剤調整支援料」

(125点)は、6種類以上の内服薬が処方されている患者さんについて、薬剤師が医師に文書を用いて提案し、内服薬が2種類以上減少した場合に算定するものです。薬局で同支援料を算定できるケースについては、処方元の医療機関で「薬剤総合評価調整管理料」の算定が可能です。

制度自体はポリファーマシー対策ですが、外来のかかりつけ医と、薬局のかかりつけ薬剤師の連携を後押しするという意味で、まさに地域包括ケアシステムを見据えた報酬と捉えることができると思います。

● 求められる連携推進は機能分化、強化が前提

——今回の改定を機に、医療機関の機能分化が進み、それによって各ステージの医療機関、薬剤部、薬局の連携がますます重要になってくるということが分かりました。最後に、これから薬剤師は、どんなことに留意して、自分のスキルを高めていけばいいのでしょうか。

川上 まず、機能分化、機能強化が連携の前提です。

例えば、急性期の入院医療とか入院直前直後の外来であれば、そこに特化したことは急性期病院の薬剤師は対応できます。しかし、入院前にどういう状態だったか、どういうOTCを使っていたか、退院後どういう生活像で、どんなかかりつけ医がフォローしていくのかまでは病院の薬剤師では十分把握できません。その部分、かかりつけ薬剤師に任せた方がいいわけです。

それぞれのステージにおいて、薬剤師であれば薬学の専門家として何をすべきか。薬が出てくるのであれば、薬物治療として何が求められるのか。薬の使いやすさであれば、どんな使用性が求められるか。経済性であれば、より安価に提供できるか。そういったことが各所で求められていくわけです。各段階の薬剤師が、それらを全うして初めて、理想的な連携が成立します。まさにそういう時代が来ているようです。