

居宅療養管理指導とハイリスク薬

今回は、とある薬局で話題となっていた二つの四方山話(世間話)になります。

1) 居宅療養管理指導対象の範囲はどこまで？

介護保険で保険薬局が契約を結んだ利用者さん宅(もしくは施設)へ薬剤師が訪問して、処方薬を届けて服薬指導をするほかに様々な薬の管理をする業務を「**居宅療養管理指導**」と言いますが、この対象となる利用者さんとはどこまでを言うのかという問題です。

ちなみに**医療保険**上で同じような薬剤師業務をする名称は「**在宅患者訪問薬剤管理指導業務**」と言います。薬剤師にとっては内容的には同じような業務ですが**医療保険上**では**在宅**や**患者**という言葉が、**介護保険上**では**居宅**や**利用者**に変化します。

広辞苑によれば「**在宅**」は「**外出せずに自分の家にいること**」(人の行為)であり、「**居宅**」は「**いつも住んでいる家**」(物体)となります。**医療保険**が適用される以上、往診対象となる患者さんは**医学的な治療**が主な目的となりますから、やたらと外出されては治療にならないので家にいてくれという意味で在宅という言葉も理解できます。一方の**介護保険**は**日常生活のサポート**が主な目的になりますから、必ずしも自宅に閉じこもる必要はなく、むしろ外出して気分転換を図る必要のある人たちになるので居宅という言葉も理解できるかもしれません。しかし、日常生活のサポートが必要になるのは高齢者で多く、また高齢者ほど慢性疾患等の患者さんである場合が多く、**医療と介護が同時に必要な人**が多いです。**介護保険が医療保険より優先**されるという規則があるので、実際に薬剤師が患者さん宅へ訪問して薬学的管理・指導をするのは、**65歳以上の場合には介護保険利用者がほとんど**です。

ですから在宅と居宅を使い分ける必要がどこまであるのかと説明をする際にはいつもイライラとしてしまうわけです(私の個人的な感想です)。

①在宅患者訪問薬剤管理指導の対象者

介護保険対象も含めて薬剤師が患者さん宅を訪問して薬学的管理をする対象についてですが、かつて私自身が某薬剤師会で講演した際に参考にさせて頂いた**徳島県薬剤師会の手順書(2008年)**によると、訪問指導対象の**明確な定義があるわけではない**とした上で、次のようにありました(10年以上も昔の記事になりますから解釈も変わっているでしょう)。

- 1) **在宅診療および往診を受けている者**：医師の在宅診療や往診を受けている者。
- 2) **自立した通院のできない者**：寝たきりの状態、自立歩行困難、認知症などにより一人では通院が困難な者。単に交通手段がないなどのケースは明らかに範疇外である。
- 3) **介護認定を受けている者**：要支援、要介護の如何に関わらず介護認定を受けている者。介護認定審査を経て認定された方は、自立性に乏しく何らかの介助を必要としているのである。ただし、この場合は全て居宅療養管理指導費として請求を行う。

②居宅療養管理指導の対象者

①-3)の定義によると、介護保険で**介護認定を受けている人**たちは全て**居宅療養管理指導の対象**になりますが、介護認定を受けている人達の中には、ある程度自立性があり自分で病院を受診し、薬局にも

来られそうな人もいます。例えば**介護認定を受けている人が1人でタクシーを利用して自力で病院受診はできるが、薬局に寄るには手間や時間もかかるので、薬剤師に訪問指導をしてもらいたいという場合に、薬局側は居宅療養管理指導費を算定できるのか？**という問題が発生します。算定できない場合は薬局で行う**薬剤服用歴管理指導料(以下、薬歴管理指導料)**という通常の服薬指導の算定で、訪問して服薬指導するという手間の割には採算に合わない指導料を選択せざるを得ないことになります。

で、T県薬剤師会の見解は、受診時のタクシー利用でも**介護タクシー利用**であれば、薬剤師がその後患者宅を訪問指導しても介護保険の居宅療養管理指導費を算定できるというものでした。普通のタクシー利用も介護タクシー利用も利用者からすれば同じではないかと思うのですが、現状はそうらしいです。

保険請求の解釈は**都道府県により見解が異なる**というのは良くある話で、この件もどうやら地方により見解が異なるようで、注意が必要となりそうです。新型コロナウイルスの検査に関しても当初の都道府県により対応が違ったため、疫学的な検討は遅れそうです。

それと個人的な要望ですが、日本薬剤師会が編集している「**保険薬局業務指針**」では医療保険がらみの記載が中心で、**介護保険とのリンク解釈**が全くなく解説する際に非常に不便に感じているので、今年の調剤改定反映の同業務指針では是非とも介護保険とのリンク記事も載せてもらいたいものです。

2) ハイリスク薬加算の算定について

ハイリスク薬加算は通称で正式名称は「**特定薬剤管理指導加算**」で、厚労省が定める**特に安全管理が必要な薬剤**について所定の薬学管理指導などを実施した時に薬歴管理指導料に**10点が加算**されるものです。対象となる薬品は病院薬剤師が算定する際の薬品と注射薬を除き同じになります。

算定する際には“**日本薬剤師会編の「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」などを参照し・・・**”とあります。それを見ると患者さんと接するにあたり注意すべき点が共通項と薬効別にいろいろと書かれており、それに従って指導するようになっています。

2020年は調剤報酬改定が行われ、この4月から施行されます。**物から人へのシフト**が叫ばれている中、日経ドラッグインフォメーションという雑誌の2020年3月号では特集「**一步進んだハイリスク薬管理**」が掲載されていました。そのコラムの一つで2018年6月の調剤基本料が約6707万件に対して特定薬剤管理指導加算は約674万件と**1割という算定率の低さ**を指摘し、その低さの要因が処方箋に記載された**ハイリスク薬についてすべてをチェック**しなければならないという**ハードルの高さ**にあると強調していました。さらに算定要件には前述の業務ガイドラインを参照する旨が記載されているものの**ガイドラインではすべての薬をチェックすべきとは書かれていない**のだから、薬剤師が必要だと判断した管理指導を行った上で**堂々と算定すべき**との意見が記載されていました。要するに一つの処方箋に複数のハイリスク薬があっても**1つのハイリスク薬について十分に管理すれば算定すべきだ**と解釈できます。以前、知り合いの薬剤師から「どこかの薬剤師が複数のハイリスク薬があったら患者が来る度に順番に1つずつのハイリスク薬のチェックをしているという今回のコラム通りの指導しているらしい」という話を聞きました。それはだめだろうと言う話をしていたのですが、確かに業務ガイドラインを見ているだけでは「全ての薬学的管理・指導を行うこと」とは書いてはありません。しかし、同じ日本薬剤師会が編集している「**保険薬局業務指針 2018年版 107p**」には「**そのすべてについて必要な薬学的管理及び指導を行うこと**」となっており、個別指導でも個々の薬剤名を明記するなどの指摘があります。今年の改定でより算定しやすいようにハードルを下げる見解ができれば別ですが、今の段階で**個人的な見解を但し書きもなく公にして、その記事を信じた読者の薬局が算定し、その結果、その薬局が返戻をくらったらどう責任をとるのでしょうか？** (終わり)