

コミュニケーションの視点から見る 2018 年度調剤報酬改定

城西国際大学薬学部

富澤 崇

この原稿を書いている3月初旬は、全国の薬局が花粉症患者への対応に追われながらも、次期報酬改定に向けた対応準備に忙しい時期であろう。2月に発表された平成30年度診療報酬改定の資料から自薬局の売上をシミュレーションして「がんばれば上がるかも」「うちは変わらないな」「大幅減収だ」といろいろと声が聞こえてくるが、目先の売上の増減に一喜一憂していると大きな潮目を見失いかねない。たしかに加算の要件や施設基準などは気になることではあるが、今回の改訂内容からその意味するところや中長期の流れを読み取り備えておくことも大事である。

そこでこの記事では、今回の報酬改定を“コミュニケーション”という切り口から紐解きつつ（コミュニケーション学会ですから！）、さらに中長期の視点からも筆者なりに解釈を加えてみたいと思う。

● 地域支援体制加算

—処方医とのコミュニケーションは必須—

基準調剤加算の代わりに新設された地域支援体制加算。調剤基本料1以外を算定する薬局は、「地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績」の要件を満たすためにどうしたらいいか頭を痛めていることであろう。もちろん基本料1を取っている薬局も安心はできない。今回はある意味免除された格好だが、地域支援体制加算を算定する薬局が増えれば、それがかかりつけ薬局のデフォルト機能となり、算定していない薬局の存在価値が下がるという構図になりかねない。おそらく今後、国はすべての薬局に「相当の実績」を求めていくであろう。基本料1を算定する薬局も「相当の実績」は積み上げておくべきである。

ではその実績とは何か？ 下記リストの8項目がそれだ。それぞれの詳細は報酬点数表やQ&Aを参照していただきたい。この中で薬局だけでは完結できない項目がいくつかある。重複投薬・相互作用等防止加算、服用薬剤調整支援料、服薬情報等提供料など連携に関わる点数であり、すなわちこれらの点数を取るためには処方医とのコミュニケーションが必須というわけだ。

1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回
- ② 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回
- ③ 服用薬剤調整支援料の実績 1回
- ④ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理の実績 12回
- ⑤ 服薬情報等提供料の実績 60回
- ⑥ 麻薬指導管理加算の実績 10回
- ⑦ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回
- ⑧ 外来服薬支援料の実績 12回

—「PREP法」とは—

重複投薬・相互作用等防止と服用薬剤調整支援のためには処方医に疑義照会をしなければならない。「食直前に服用の薬が食前指示になっていますが・・・」や「患者さんが下剤はいらないと言っているのですが・・・」というレベルの疑義照会ではない。相互作用を見抜くための知識、お薬手帳を活用した一元管理、そして解決策を提示する疑義照会ができなければならない。また、電話によるやり取りだけではない。服薬情報等提供では書面によるやり取りが必要だ。口頭で伝えるスキルと文字で伝えるスキルが必要になる。スキルというのは大げさかもしれないが、せめてビジネスレターのお作法ぐらいは身に付けておきたい。お互い忙しい中でのやり取りであるため、手短に、かつ正確に情報交換したい。そこでPREP法について紹介しようと思う。P=Point(結論)、R=Reason(理由)、E=Example(事例、具体例)、P=Point(結論を繰り返す)という流れで話したり、書いたりすると相手に伝わりやすいというものだ。たとえば電話による疑義照会場面であれば、「今回の処方にある薬剤Aを削除したほうがいいと思います(P)。なぜなら他院からも同効薬Bが処方されているからです(R)。AとBは作用機序も適応症も同じなので重複投与になります(E)。したがって、Aを取り消してはいかがでしょうか?(P)」といった感じである。最大の特徴は、結論を先に述べている点である。何の用件で連絡してきたのか相手はすぐに理解できるため、手短に業務連絡をする場面では重宝される。筆者は「結論から先に申し上げます」というのがビジネス上の口癖になっている。口頭でもメールでもそうだ。意識しないとPREPは使いこなせない。

—“薬剤師にとっての必要性”を説明しがち

そして言うまでもないが、これらを実施するためには処方医とのコミュニケーションだけではなく、患者やその家族とのコミュニケーションも必要である。服薬情報等提供料2のように、“患者の同意を得る”という手順が入るため、「なぜ処方医に服薬状況をレポートする必要があるのか」という理由の説明からしなければならない。当たり前といえばそうなのだが、これが意外と上手にできない。

なぜお薬手帳やジェネリックをお勧めするのか、なぜかかりつけ薬剤師を持つべきなのかといった説明の場面で、ついやりがちなのが“薬剤師にとっての必要性”を説明してしまうことである。「お薬手帳をお持ちいただければ、あなたの使っているお薬を我々薬剤師が一目でわかるので、相互作用などを回避することができます。」といった具合で、あたかもこちらの都合で持参してほしいというメッセージに聞こえてしまう。薬剤師にすればそんなつもりはないのであろうが、意識的に「あなたのために」という主旨が伝わるように説明したいものである。

● ICTを駆使したコミュニケーション

—テレビ電話でカンファレンス参加—

「情報通信技術 (ICT) を活用した医療機関連携の推進」という項目がある。「対面でのカンファレンス等を求めている評価について、各項目で求める内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下でICTを用いたカンファレンス等を組み合わせて開催できるよう要件を見直す。」とある。すなわち、これまでは多職種が会議室などで一堂に会してカンファレンスを行った場合に算定できたものが、今後はテレビ電話を使って、パソコン画面越しにカンファレンスに参加してもOKということだ。

対象になるのは下の7項目。この中で薬局に係る項目は、「退院時共同指導」と「在宅患者緊急時等カンファレンス」の二つだ。前者は入院中の患者のいる医療機関へ、後者は在宅療養中の患者の自宅へ行って、関係職種でカンファレンスをするわけだが、薬局業務の合間に病院や患家へ赴くのはなかなか難しく、カンファレンスの要請を受けてもそれに応えられない薬局も多いのではないだろうか。

1. 感染防止対策加算
2. 入退院支援加算 1
3. 退院時共同指導料 1 の注 1、退院時共同指導料 2 の注 1
4. 退院時共同指導料 2 の注 3
5. 在宅患者緊急時等カンファレンス料
6. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
7. 精神科在宅患者支援管理料

—ITリテラシーは大丈夫？—

なんとか時間を工面してカンファレンスに出席したとしても、肝心の主治医が欠席だったり、算定要件を満たすだけのメンバーが揃わなかったりして、タダ同然でやっているケースもある。今後はテレビ電話を使ってカンファレンスに参加できれば、移動に伴う時間的・物理的苦労が削減されるだけでなく、参加率も高まり算定もしやすくなるかもしれない。その代わりにある程度のITリテラシーが要求される。テレビ電話システムのアカウントを取得したり、パソコンのカメラやマイク機能を使えるようにしたりといった準備が必要になるし、場合によってはカンファレンス当日に通信不良や接続障害のトラブルシューティングをしなければならない。とはいえ、つまづくのは初期設定ぐらいで、一度接続がうまくいけば次回以降はそれほど苦労しないだろう。余談だが、テレビ通話やテレビカンファレンスといえばSkypeが有名だ。筆者も頻繁に利用している。最近では、Zoomというシステムもあって、これがまた使い勝手がいい。もしかしたら今後、医療機関と薬局や介護支援事業所などをつなぐ専用のテレビカンファレンスシステムが開発・販売されるかもしれない。

—インフラ整備のイニシアチブを誰が取るか？—

職場に少々ICTに詳しい従業員がいれば、その者を中心に社内の体制を整え、ほかの従業員へのインストラクションを行えばいい。しかし、カンファレンスに参加するすべてのメンバーが共通のシステムを利用できなければならないため、まず地域でのインフラ整備のための話し合いとコンセンサスが必要になる。地域の中核病院が旗振り役となって「今後はSkypeを使って退院時カンファレンスを行うので、みなさんのSkypeIDを教えてください。」と号令がかかれば、それに従うまでで話は早い。地域で誰がイニシアチブを取って、「情報通信技術（ICT）を活用した医療機関連携の推進」を図るのか？カンファレンスに呼んでもらえる偶然を待つのではなく、自らインフラ整備のための声掛けをすることで、多職種との顔の見える関係作りになるであろう。地域でのコミュニケーションはカンファレンスの前から始まっていると言えるかもしれない。

● 遠隔診療

— 門前の薬局に処方せんは来なくなる？ —

すでに遠隔診療は事実上解禁されているが、今回の改定からその点数が手厚くなる。保険調剤に関わる話ではないのであまり注目されていないが、実は薬局にとって手痛い話になるかもしれない。今回の改訂だけでなく医療ICTの推進は国の大きな方針の一つとなっている。総務省のホームページを訪ねれば、詳しい資料が山のようにあるので参照されたい。具体的な話を一つしよう。クリニックの医師が患者とつないだテレビ電話で診察をする。医師は処方せんを発行する。その処方せんを封筒に入れて患者に郵送する。今後は、紙の処方せんが電子処方せんに代わるかもしれないが、ICTを活用した遠隔診療は徐々に行われるようになってきた。ところで自宅に届いた処方せんはどこへ行くのだろうか？ おそらく自宅近くの薬局に家族やヘルパーさんが持っていこう。すなわち門前の薬局を素通りして処方せんが動くことになる。クリニックの医師が積極的に遠隔診療を利用した在宅医療を推進すればするほど、門前の薬局の処方せん枚数は減っていく。なんて恐ろしい話だ。

— クリニックと薬局は一蓮托生 —

地方の人口は減少に転じており、クリニックも集患に悩み始めている。商圏の顧客が減っているのだから、商圏を広げるしかない。だからといってそんなに遠くまで往診にはいけない。効率よく集患するには遠隔診療を使わない手はない。クリニックの患者が減れば、門前薬局は共倒れだ。クリニックにはぜひがんばって集患してもらいたい。クリニックと薬局は一蓮托生。しかし、その患者の処方せんが自薬局に来ないとすれば話は別だ。ただある部分では利害は一致している。どちらも集患が大事ということ。いっそのこと薬局主導で遠隔診療を推進できないだろうか。処方元の医師に遠隔診療の話を持ち掛けて、まずはクリニックの集患を手伝う。その患者には自薬局をかかりつけ薬局にしてもらい、処方せんを受け取れるよう仕組み化する。電子化されればなおやりやすい。すなわち、地域支援体制加算のような現場業務のために処方医とコミュニケーションを取らなければならないという話があると同時に、互いの経営戦略のためにより深いレベルでのコミュニケーションも必要になってくるかもしれないということである。

● 社内コミュニケーションの強化

— 目標や戦略をスタッフに伝える —

前回は今回も薬局にとっては厳しい改定と言われているが、努力次第でまだまだやれる。言い換えれば努力しない薬局は生き残っていけない。個店の薬局は別として、従業員を雇い、数店舗を展開する薬局では、いかに事業戦略を現場に落とし、従業員のモチベーションを高め、実行してもらうかが肝となる。ようするに、経営者やマネジャーの指示に現場がどれだけ従ってくれるかという話だ。誤解のないように言うておくと、何でもかんでも指示をすればいいというわけではないし、現場スタッフを兵隊のように扱うという話ではない。国の要求事項を遂行するために、自社に何が足りなくて、どこに注力して、どんな目標を達成したらいいかという大きな方向性や戦略を示すのは経営者の責務であり、それを伝えられた現場スタッフは、その戦略に沿って自分たちが何をしなければならないかを考え、アクションプランを描き、地域住民や関係職種のために行動に移すのが責務である。そのためには、時には上司部下の指示命令系統が機能しなければならないし、時には上も下もなくみんなでディスカッションする必要もある。

一人を動かすのは何か？

報酬改定に対応するために新しい業務が発生したり、生産性を高めるために現場オペレーションを改善したり、またそれらをスタッフ間で共有したりといった必要性が発生したときに、ぎくしゃくした人間関係の職場や経営者の顔が見えない会社、ざっくりした指示だけしかしない上司、お互いに教え合うことをしないスタッフ、そんなコミュニケーションの不協和音が響く職場で、新規業務の立ち上げや生産性改善がうまくいくだろうか。報酬改定の要件や点数も大事だが、それを実行する人があっての算定である。人を動かすのは何か？改めて職場内のコミュニケーションを見直してみてもいいだろうか。今こそ職場の基盤づくりに着手しておくことが中長期の成長のために必要ではないだろうか。

今回の記事では、“コミュニケーション”という切り口から調剤報酬改定を眺めてみた。今回の改訂に限らず、中長期でみると今までの薬局業務ではおよそ考えつかなかったような類のコミュニケーションが、今後はいろいろな場面で必要になると考えられる。もはや「对患者・対顧客コミュニケーション」だけでは立ち行かない。であるならば、当学会の役目も広げる必要があるかもしれない。模擬処方医や模擬ケアマネを養成し、パソコン画面越しのロールプレイ演習を企画すべきか。多職種コミュニケーションにおけるSNSの効果的な使い方の勉強会を企画すべきか。この原稿をここまで書いて、研修企画委員である自分の首を絞めることにならないか不安になるが、今後の研修企画にご期待いただきたい。