

2022年調剤報酬改定から



今年の調剤報酬改定(診療報酬改定の薬科部分)では、かなり特徴的な改定が行われました。従来から保険薬局業務は**対物業務**(調剤中心)から**対人業務**(薬学的管理中心)にシフトすべきとの国の方針があり、そのような流れで調剤報酬も改定されてきましたが、今回の改定はその流れがかなり顕著になったのは皆さんご存知の通りだと思います。改定内容の詳細や解釈については様々な情報が満ちあふれていますので、ここでは個人的な2つの感想になります。

1) 特別調剤基本料

調剤報酬は大きく分類すると「**調剤技術料**」+「**薬学管理料**」+「**薬剤料(+医療材料料)**」の3つに分けられます。調剤技術料が対物業務、薬学管理料が対人業務に相当する位置付けになります。「**調剤技術料**」はさらに「**調剤基本料**」と「**調剤料(今回の改定で薬剤調製料に変更)**」に分けられますが、「調剤基本料」とは、その薬局単体をもつ機能や規模などを個別に評価したもので、調剤受付回数ごとに算定できる料金で、その薬局に処方箋を持参した患者さん全員一律にかかる料金になります。

この調剤基本料は、私が保険薬局に勤務替えた時から複数の料金設定がされている分野で、病院や診療所近くで開局している薬局(いわゆる**門前薬局**)は業務効率や収益率が良いので安く、町なかで開局している薬局(いわゆる**面薬局**)は収益率が悪いので高く設定されています。さらに受付回数の多さや特定の医療機関からくる処方箋の多さ、どれだけの規模のチェーン薬局の薬局かによって細かく分類されています。今回の調剤報酬改定では大きく基本調剤料1~3に3分類され、基本調剤料3はさらに3つに細分化され調剤基本料全体では16点、21点、26点、32点、42点と5分類化されました。この部分が同じ処方箋を色々な薬局に持って行った時に料金が異なる大きな理由の1つになっています。これらの調剤基本料とは別枠で、特別な調剤基本料が設定されており、それが「**特別調剤基本料**」になります。何が特別かというと「医療機関との間で不動産取引などがある」ような特別な関係を言います。たとえば病院の敷地内で病院に地代を支払いながら薬局を運営するような関係をいいます。

薬局業務運用ガイドライン(1993年)では「薬局は医療機関とは経済的、機能的、構造的に独立していなければならない」とありますので、本来はありえない形態なのですが、近年、大型チェーン薬局を中心にしてあえて敷地内で運営する薬局が増えているのも事実です。病院側のメリットとしては病院敷地内にある隣接した薬局なので患者さんの利便性がよく病院の患者受けが期待でき、かつその薬局からは地代家賃がもらえるので、病院経営的にも潤う点が挙げられます。しかし、保険薬局は競争世界の中にある営利企業の性格ももち、その病院が公的病院であればあるほど特定の業者との癒着ととらえかねられず、必ずしも諸手を挙げて病院が賛成するとはならない要素もっています。

一方保険薬局側からみると、今回の改定で特別調剤基本料は9点から7点に引き下げられ、調剤基本料の最低点数16点の半分以下となりました。そのため一般の門前薬局と比べても苦しい経営を強いられます。逆にその病院のほとんどの院外処方箋を独占的に受けられることや他の医療機関の処方箋を持ち込む頻度が少ないと考えられ、その病院が採用する医薬品のみを在庫すればよくデッドストックが少なくて済むなどの運営上の収益率の高さなどから点数が極端に抑えられていると言ってよいでしょう。おそらく本来の医薬分業の趣旨やガイドラインにも抵触することから低く抑えられている一面もある

でしょう。これだけ調剤基本料が低いと個人薬局では経営が相当に苦しくなりますから、院外処方箋枚数にもよりますが経営的に余力のある大型チェーン薬局が赤字覚悟でしか運営できないでしょう。赤字覚悟でやる以上、見返りが必要になります。おそらくはより「**専門性の高い**」薬局に特化して地域に名をとどろかせてグループ薬局自体の価値を上げるための存在にしていくしかないような気がします。

1970年代半ばから1980年代前半にかけて戦後2回目の医薬分業推進時期がありました。その時は医療機関が薬局を経営してもよい制度でしたので、医療機関が収入を増やそうと病院内にあった調剤所を敷地内に出して、いわゆる**第二薬局**を作っていた時代がありました。それは本来の医薬分業の趣旨と反するため第二薬局制度も消滅しましたが、同時に院外処方箋発行自体も消滅し医薬分業は頓挫しました。現在の敷地内薬局は経営母体が異なるものの第二薬局とほぼ同じ形式ですから、かなり際どい存在と言えますので(入院患者の調剤はできませんが)、今後の動向が注目されます。

余談：大学病院勤務時代の話ですが、特徴的な和漢診療部があったので海外からの見学者も来ており、その中の1人が「日本の医療は病院内で診療と薬交付が完結する素晴らしい制度だ」と感心していました。大学病院が院外処方箋を出そうとしていた当初、私は病院の薬剤部は実質医薬分業をしており、薬手帳を充実させ病院薬剤師にも外来患者服薬指導料があり、薬剤師定員を増やせば患者に体力的、金銭的負担を強いる院外処方箋発行による医薬分業制度は必要ないと思っていました。

2) 外来服薬支援料2

従来から薬学管理料の中に「**外来服薬支援料**」はあり、服薬管理が困難な患者さんに対して複数医療機関からの薬を整理したり一包化したりする業務を評価して算定されていたのですが、今回の改定で従来の支援料は**外来服薬支援料1**となり、新たに**外来服薬支援料2**が設定されました。これは従来の「調剤料」の加算の1つ「一包化加算」に相当しますが、今回は対物業務の「薬剤調製料」から外されて、対人業務の「薬学管理料」の一部に組み込まれた形になりました。評価点数は従来とおりで投与日数に応じた一包化の点数自体は変わりありませんが、薬学管理料に含まれたということは薬学管理に必要な「**服薬指導**」や「**薬歴への記載**」の項目が付けられたという意味になります。

一般の外来調剤の場合は当然のように服薬指導し、薬歴も記載しますから特に問題が無いように思えますが、老人施設の処方箋に一包化調剤をして調剤された薬を配達していた薬局さんの場合はどうでしょうか？これまでも老人施設に居住している患者さんや服薬管理者に対して服薬指導して薬歴も個々に記録している場合は別ですが、薬歴を記載せずに単に老人施設に薬を配達してただけの場合はどうなるのでしょうか？一包化調剤という対物業務が対人業務の外来服薬支援料2に組み替えられたため、服薬指導や薬歴記載をしていないと新設された調剤管理料も算定できず、単なる**薬剤調製料**しか算定できないこととなります。たとえば、3剤分の14日分を一包化していたケースを想定すると

改定前：3剤分14日分の調剤料(55点×3)＋一包化加算(34点×2)＝**233点**

改定後：3剤分の薬剤調製料(24点×3)＋外来服薬支援料2(算定不可)＝**72点**

となり今年の4月以降は70%減の算定になります。これまで経営補填のために老人施設の調剤を請負っていた薬局さんも多いかと思いますが、逆に労力ばかりが増えて実質赤字経営になりかねない結果になりそうです。これが**対物業務から対人業務への移行**という典型例になります。従来の発想では老人施設患者にも何らかの薬学管理的アプローチを実施しようと模索するのですが、人的に困難そうな気がします。一方、調剤の外部委託などが取り沙汰されている昨今、また先日富山県であった後発医薬品に関連した「くすりの品質とGE政策に関する研修講演会(WE B講演会)」で浜松医科大病院の川上薬剤部長が提示していたBeyond5Gの高速情報社会での医療のあり方という将来計画の中で、私の個人的な意見ですが「**調剤という対物業務**」は病院薬剤師、薬局薬剤師が共同して取り組む効率性を追求したなんらかの新しい事業形態があっても良いのではないかと感じてしまいました。(終わり)