



2010年度調剤報酬改定 の方向性を先読みする

——薬剤師として知っておきたいポイント

メディカル・テン代表 宮坂 佳紀

重点課題から見た改定影響はどうなる？

薬価差縮小と後発品調剤料如何で調剤 薬局は実質マイナス改定？

2010年度診療報酬改定は、10年ぶりにネットでプラス0.19%改定となったが、プラス財源は急性期入院医療に傾斜配分され、薬局本体改定率はわずか0.52%、約300億円の財源しかない。一方、薬価改定率はマイナス1.23%（薬価ベースマイナス5.75%）と、前回改定を上回っている。さらに、今回の薬価制度改革により誕生した「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」により、長期収載品の追加引き下げ率が2.2%に拡大された。しかも、長期収載品引き下げで確保された600億円が本体改定率に反映されておらず、実質ネットで0.03%プラス改定になるとの指摘もある。したがって、薬価差益はさらに減少する。

2月3日に開催された中医協総会で提示された「改定骨子における重点課題関連項目」のうち、調剤報酬が見直されるのは、①一包化薬及び内服薬調剤料見直し、②湯薬調剤料見直し、③ハイリスク薬管理加算の新設、④月4,000回超/集中度70%超の調剤基本料の特例新設、⑤薬剤服用歴管理指導料一本化、の5項目に過ぎない。また、前改定に引き続き、後発品使用促進策として医療費効率化の視点で、政策誘導と言っても過言ではない評価が新設される。これは、①後発品調剤体制加算見直し、②薬局の在庫管理負担軽減策に加えて、医療機関向けに③後発品採用品目割合による出来高病院入院基本料加算評価、④療養担当規則の見直し、の4項目となっている。

言うまでもなく、プラス改定の恩恵は引き上げや見直し内容に対応して受けられる。しかし、プラス改定とされる重点項目の中には、一部特化した調剤行為や、処方せん発行元機関との有機的連携を強化しなければ「画餅の点数」となりかねない項目も少なくない。

以下、2月初旬現在での情報を元に、調剤報酬改定項目と後発医薬品使用促進策のそれぞれ4項目のポイントを整理し、想定できる方向性を考察したい。

一包化薬調剤料が再び内服調剤料の 加算に改変

湯薬等長期投与調剤料は引き上げに

調剤報酬改定重点項目の一包化薬調剤料は、現行7日ごとに89点が算定可能、また、長期投薬の場合もそのまま積算される仕組みだ。一方、内服薬調剤料は「22日分以上」でも77点で頭打ちとなり、投薬期間が長期になればなるほど報酬格差が拡大していた。この差の縮小のため、再び内服薬調剤料の一包化加算に改変され、「56日分」と「57日分以上」の2区分となる。なお、内服薬調剤料は「22日～30日分以下」と「31日分以上」の2区分が見直し、追加され、「15日～21日分以下」、「22日～30日分以下」の点数が見直される。「31日以上」の調剤料の引き上げ幅にもよるが、一包化調剤処方が多い高齢患者を抱える薬局にとって、技術料の大きなマイナス要素となるだろう。

2つ目は、漢方の小湯（湯薬）調剤料の長期処方への引き上げ評価である。現状の湯薬調剤料（1調剤につき190点）から、「1）7日分以下190点」、「2）8日～28日分以下をア）7日分以下部分190点、イ）8日分以上（1日につき）」、「3）29日分以上」の3区分で新設評価される。しかし、恩恵を受けられる薬局は限定される。

ハイリスク薬管理加算の新設

薬剤服用歴管理指導料は30点に再度一本化

3つ目は、ハイリスク薬剤の調剤報酬上の評価新設だ。算定要件は、「ハイリスク薬の調剤時に、関連副作用の自覚症

状の有無の確認と、服薬中の注意事項など詳細な説明への評価」で、薬剤服用歴管理指導料（30点）の加算となる。対象薬は、抗がん剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、テオフィリン製剤、ジギタリス製剤、糖尿病用剤、精神神経用剤、睪臓ホルモン剤、抗HIV薬と注射薬のカリウム製剤。すでに、2008年診療報酬改定時に入院患者向け薬剤管理指導料で重点的な評価が新設されており、これを薬局にも適用するもの。昨年11月に日本薬剤師会が策定した、薬局でのハイリスク薬の取り扱いに関するガイドラインを踏まえた算定要件になる見込みだ。

4つ目は、調剤基本料の特例（18点）の新設。具体的には、近隣に比較的規模の大きい病院が1施設のみの地域で、時間外加算等や訪問薬剤管理指導料（介護保険の居宅療養管理指導を含む）などの処方せんが4,000回超・70%超対象から除外され、引き上げとなる。ただ、該当薬局は全国で約600施設と想定され、恩恵を受ける薬局はわずかだ。

5つ目は、民主党マニフェストによる後期高齢者制度の見直しで、再度、薬剤服用歴管理指導料が30点に一本化される。そのうえで、後期高齢者に義務付けられていた薬剤情報提供料（1回15点）も復活するため、唯一のプラス評価となる。

後発品調剤体制加算要件は数量ベースの使用割合に変更 25%以上がプラス改定

後発品使用促進策の1つ目は、後発医薬品調剤体制加算（4点）要件が、処方せんベースの調剤率30%以上から、数量ベースの使用割合20%以上に変更されることだ。しかも、使用割合が「20%以上」、「25%以上」、「30%以上」の3段階の加算で評価され、特に「25%以上」及び「30%以上」でプラス評価となる。

なお、薬価基準上の規格単位と1回の使用量の差が大きくて、後発品のない経腸成分栄養剤や特殊ミルク製剤は、計算式の分母から除外。さらに、先発品薬価を上回る後発品も誕生し、後発品リストから除外され該当しないため、留意が必要となる。なお、1月～3月実績で要件を満たす薬局は、一定期間経過措置が設定される予定だ。

薬局在庫管理の負担軽減策は実行に移せるか 出来高入院基本料採用機関に後発品採用品目20%以上の加算も

2つ目は、薬局の在庫管理の負担軽減策として、「変更不可」欄に署名等のない処方せんを、①変更調剤後の薬剤料が

変更前と同額またはそれ以下で、かつ②患者に説明し同意を得れば、処方医に再確認することなく、先発品または後発品と含量規格が異なる後発品調剤が認められる。また、先発品または後発品から、類似した別剤形の後発品調剤も認められる予定だ。ただし、外用薬の剤形変更は見直される可能性がある。変更結果の処方医へ情報提供は義務付けられるが、「含量規格変更不可」や「剤形変更不可」の署名の追加案も組上に挙げられており、該当する事例はさほど多くはないのではないか。

残り2項目は、医療機関向けの項目だ。現在、入院料は急性期DPC病院や療養病床では包括払い制度であり、後発品使用により、経営上のインセンティブがある。これに対して、出来高入院料を算定している病院に、後発品採用品目数割合20%超等を要件として、入院料の初日のみの加算として評価される。政策誘導的な加算点数であれば、該当病院は増加するだろう。

さらに、保険医療費負担規則の改正により、「外来患者により後発品選択機会を提供することなど、後発品使用を考慮し、患者が後発品を選択しやすくするための対応に努めなければならない」旨が提示されている。しかし、関係団体から「患者説明の内容まで規定することは、裁量権の侵害」と反発もあり、案のとおり実現するかは微妙な状況にある。

調剤技術料の占める割合は年々減少傾向に 今やるべきことは調剤報酬行為別分析

厚労省が公表している医療費、調剤医療費（電算化分）動向によれば、内科・歯科と比較して、調剤医療費は対前年比10%以上と、高い伸び率で推移している。要因としては、長期処方化による薬剤料の増加が指摘されている。加えて、改定の基礎資料とされる医療経済実態調査でも、薬局の経営は病院等と比較して黒字傾向と公表された。この現状から見ても、今回のプラス改定の恩恵は、一部の調剤薬局に傾斜配分されると推測できよう。

一方、調剤料等技術料割合は、2007年度の27%から2009年4月には25.2%と、年々減少傾向にある。これは、長期処方化による薬剤比率の増加による結果とも言える。しかし、多くの薬局では、技術料の減少分を薬剤料で補填している現状もある。今実施すべきことは、厚労省が活用している調剤医療費動向等資料と比較分析し、改定影響を先取りすることだ。

●みやさか・よしのり／「医療と介護のプランナー」メディカル・テン代表、株式会社エーアイエス主席研究員。

詳しくは、日本ケミファ発行誌「ファーマシーダイジェスト2010年4月号」に掲載予定です。