

ミニゼミ報告



2024 年度調剤報酬改定について (2)

廣田 憲威

前回 (1) で、紹介しきれなかつたことについて以下紹介する。

2024 年度調剤報酬改定について¹⁾

(8) 在宅薬学総合体制加算 1・2 の新設

これまで、在宅訪問の実績が年 10 回以上かつ開局時間外の対応、医療機関・介護事業者等への在宅対応の周知、資質向上のための研修の実施、医療材料の供給体制、麻薬小売免許の取得といった条件を満たす薬局は「在宅患者調剤加算」(15 点) を在宅訪問患者の「調剤基本料」に加算して算定することができていた。今回の改定では、この加算が廃止され、新たに「在宅薬学総合体制加算 1・2」(1 は 15 点、2 は 50 点) が新設された。

加算 1 と 2 に共通する要件として、① 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出をしていること、② 在宅薬学管理の実績 (年 24 回以上、※年 10 回から 24 回に変更) があること、③ 緊急時の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制があること、④ 地域において在宅業務実施体制に係る周知を行っていること、⑤ 在宅業務に必要な体制の整備状況の実績があること (在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画がある。外部の学術研修の受講の実績がある。)、⑥ 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備体制があること、⑦ 麻薬小売業者免許を取得していることがある。これらの項目は、在宅訪問の実績回数を除いて、これまでの「在宅患者調剤加算」と同様である。

「在宅薬学総合体制加算 2」は、より高度な在宅医療として、麻薬の備蓄や無菌製剤処理の体制、小児在宅医療の対応などを行える体制を求めている。具体的な算定要件は、① 当該薬局に在籍する薬剤師が 2 名以上 (うち 1 名以上は常勤^{注4)})、② かかりつけ薬剤師指導料の実

績が 24 回以上/年、③ 高度管理医療機器^{注5)} 等の販売業の許可を得ていること、に加えて、次のどちらかの要件を満たしていること。ア) がん末期などのターミナルケアに対する体制として、① 医療用麻薬の備蓄品目数が 6 品目以上（うち注射剤 1 品目以上を含む）、② 無菌製剤処理を行うための設備（無菌室^{注6)}、クリーンベンチ、安全キャビネット）を有していること。イ) 小児在宅患者に対する体制として、在宅における「小児特定加算」または「乳幼児加算」^{注7)} の実績が 6 回以上/年であること。

加算 2 の最低条件として、当該薬局に勤務する薬剤師が 2 名以上となったことから、1 人薬剤師の薬局では算定することができない。また、加算 2 を取得する目的で、にわか仕立てで簡易のクリーンベンチを調剤室に導入する薬局も増えているそうである。

注 4) 常勤薬剤師：正規雇用か非正規雇用の違いではなく、薬局で定める勤務時間の全てを勤務する者と定義されている。勤務時間数では、最低週 32 時間以上勤務する必要がある。

注 5) 高度管理医療機器：不具合が生じた場合に人体に対するリスクが高い医療機器として、特別な管理が必要であると厚労省が定めた医療機器のこと、2005 年 4 月よりこれらを販売する場合に許可が必要となつた。薬局が取り扱う高度管理医療機器は、自己血糖測定器、携帯型デジタル尿糖計、コンタクトレンズ、パルスオキシメーターなどがある。

注 6) 無菌室：薬局における無菌室は「無菌調剤室」と呼ばれ、高度な無菌製剤処理を行うために薬局内に設置された専用の部屋（當時 ISO1466-1 に規定するクラス 7 以上が担保できるもの）のことで、薬機法上で他の薬局が共同利用できる設備でもある。無菌室は調剤室とは別の部屋とし、面積は概ね 5 平方メートル以上、出入口や窓は閉鎖できる構造である必要がある。

注 7) 乳幼児加算：6 歳未満の乳幼児に係る調剤の際に、患児の体重など必要な情報等を直接患児またはその家族等に対して確認し、服用に関して必要な指導を行い、指導の内容等を「おくすり手帳」に記載した場合に算定できる。オンライン服薬指導でも算定は可能であるが、「小児特定加算」との併算定は不可。外来時は 12 点、在宅訪問時は 100 点が算定できる。

(9) 在宅移行初期管理料の新設

退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患者（患者が療養している場所）に薬剤師が訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬学管理指導のための服薬状況の確認や、薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合に算定できる「在宅移行初期管理料」（230 点、1 回に限り算定可）が新設された。

この管理料の対象となる患者は、認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、医療ケア児（18 歳未満）、6 歳未満の乳幼児、末期のがん患者、注射による麻薬の投与が必要な患者である。算定の条件として、個人在宅の患者が対象となり、施設在宅には適用されず、既に在宅医療の体制が整っている場合も対象外となる。要するに、すでに在宅医療と入院医療を繰り返している患者に対しては、6 月から新設される点数であるが、算定することができない。

これまで、新規に在宅訪問を行う際には、患者との間での契約書を交わすことや、医師やケアマネジャーとの情報交換などを、薬局として無報酬で行ってきたが、点数化されたことは、

大いに評価される。しかし、単に契約に係る説明だけでもこの管理料が算定できるかと言えば、不明瞭であり、今後、厚労省が発出する疑義解釈を注視する必要がある。

(10) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の見直し

これまでの「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1・2」のうち、1 は残薬調整に係るもの以外の場合（40 点、具体的にはプレアボイド^{注8)}等による薬剤師からの処方変更の提案）、2 は残薬調整に係る場合（30 点）であったが、2 の残薬調整の点数が 20 点に減点された。さらに今回の改定では、医師の在宅訪問時に薬剤師が同行して、薬剤師が医師に対して処方提案を行うことが評価された。具体的には、「患者へ処方箋を発行する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合」に上記の 1（40 点）と 2（20 点）が算定できるようになった。この見直しは、薬局薬剤師が積極的に医師に同行して在宅の現場で、処方提案や残薬調整を行っている実績が反映されたものと言える。なお、2 の残薬調整に係る場合については、外来調剤時においても 30 点から 20 点に減額された。

注8) プレアボイド：英語の「Prevent and avoid adverse drug reaction (薬による有害事象を防止・回避する)」を語源とする造語。薬剤師が薬物療法において、調剤前に処方内容に介入することで患者の不利益を回避すること。

(11) ターミナル期の訪問の評価の充実

「在宅患者訪問薬学管理指導料」について、定期訪問や末期のがん患者や IVH の対象患者に加えて「注射による麻薬の投与が必要な患者」が追加された。

「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」については、訪問回数月 4 回が上限とされていたが、末期のがん患者または注射による麻薬の投与が必要な患者については、原則として月 8 回まで可能となった。

(12) 休日・夜間等にターミナル期の患者を訪問した場合の評価の見直し

末期のがん患者や注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の医師の指示に基づいた、薬剤師による緊急訪問について、「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」（500 点）に休日や夜間・深夜に実施した場合の加算が新たに設けられた。具体的には、「夜間訪問加算」（400 点、対象時間帯：午前 8 時前と午後 6 時以降であって深夜を除く）、「休日訪問加算」（600 点、対象日：日曜日および祝日と 12 月 29 日～31 日、1 月 2 日・3 日）、「深夜訪問加算」（1,000 点、対象時間帯：午後 10 時から午前 6 時まで）が加算される。

(13) 医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

「無菌製剤処理加算」（69 点、6 歳未満の乳幼児の場合は 137 点）は、在宅において医療用麻薬を使用する場合、無菌的に持続注入用のバッグに製剤処理する必要があるが、その際に算定する点数である。これまでには、麻薬を含む 2 種類以上の注射薬（生理食塩水等で希釈する場合も含む）を混合する必要があったが、今回の改定で「麻薬の注射液を無菌的に充填し製剤する場合」が追加され、あえて生理食塩水で希釈する必要がなくなった。この改定の背景には、実際の在宅医療の現場において、生理食塩水で希釈しない高濃度の注射用麻薬を持続注射して

いるケースが増えてきていることがある。

(14) 高齢者施設やショートステイにおける薬学管理に係る評価の見直し

「服薬管理指導料 3」(45 点)の算定要件は、「特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して服薬指導を行った場合」とされていたが、今回の改定で「介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して服薬指導を行った場合」に変更された。ここで言う介護老人福祉施設等とは、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院）、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）であり、今回の改定で特別養護老人ホーム以外の高齢者施設やショートステイにも対象が広がった。ただし、これまで処方箋受付 1 回につき毎回 45 点が算定できていたが、6 月からは月に算定できる上限が 4 回までとなった。

(15) 特別養護老人ホームの職員と連携した服薬支援の評価

特別養護老人ホームの職員と協働して、日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することを評価するために、今回の改定で「外来服薬支援料 2 施設連携加算」(50 点、月に 1 回限り)が新設された。

そもそも「外来服薬支援料」には、「1」と「2」が設定されていて、「1」(185 点)は、処方医に確認した上で患者が服薬中の薬剤について薬剤師が服薬管理を支援した場合、すなわち院内調剤された薬剤を患者が薬局に持ち込み、薬局で一包化して服薬支援を行った場合と、患者が持参した服用薬の整理を行い、その結果を医療機関に情報提供した場合に、月 1 回限り算定できるもので、処方箋の受付とは関係なく算定できる。一方、「2」(42 日分以下の場合は 34 点、43 日分以上の場合は 240 点)は、多種類の薬剤を投与されている患者または薬の包装を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、処方医に服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、内服薬の服用時点ごとの一包化および必要な服薬指導を行い、かつ患者の服薬管理を支援した場合に内服薬の処方日数に応じて算定できるものである。この点数は 2022 年 3 月 31 日までは「一包化加算」として「調剤料」の加算に位置付けられていたが、2022 年度の調剤報酬改定において報酬体系そのものが見直されたことから、加算の名称も変更された。

今回新設された「外来服薬支援料 2」の「施設連携加算」は、特別養護老人ホーム入所時ににおいて、服用している薬剤が多く、入所後の服薬管理について当該施設職員と協働した服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合に、「外来服薬支援料 2」に加算して算定できるものである。

また、算定要件として、「当該施設職員と協働した服薬管理」については、施設における患者の療養生活の状況を薬剤師自らが直接確認する必要がある。さらに、当該保険薬局で調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や、他の医療機関で院内調剤された薬剤がある場合は、それらも含めて薬局で一包化等の調製を行う必要がある。

(16) 新興感染症に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

COVID-19 のパンデミック時には、薬局薬剤師は積極的に患者の自宅や療養先に訪問して薬剤交付・服薬指導を行った。こうした取組が評価され、今回の改定では、今後発生しうる新興

感染症において、患者の自宅および施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が自宅・宿泊療養者等を訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に、「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1」(500 点、1 回に限る) を算定できるようになった。しかし、現時点では新型インフルエンザなどの新興感染症が発生していないことから、算定できる対象はない。

(17) 薬局における服薬指導等の業務の評価の見直し

1) 調剤後薬剤管理指導料の見直し

「調剤後薬剤管理指導料」は、「地域支援体制加算」を算定している薬局を前提とし、2020 年度改定で新設された薬剤交付後の患者に対するフォローアップを評価する指導料である。当初は糖尿病患者を対象に 30 点(月 1 回)であったのが、2022 年度改定では倍の 60 点となり、今回の改定では糖尿病薬の要件変更と、対象疾患に慢性心不全が追加された。糖尿病薬について、これまで新たにインスリン製剤またはスルフォニル尿素系薬剤が処方された場合、またはその処方内容に変更があった場合のみに算定することができたが、今回の改定で、「インスリン製剤またはスルフォニル尿素系薬剤」から「糖尿病用剤」に一気に対象薬剤が拡大された。

新たに追加された慢性心不全については、心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者が対象となり、糖尿病の場合と同様に、調剤後に電話等により患者に対して薬剤の使用状況や副作用発現の有無等について確認し、その結果を処方医に情報提供しなければならない。今回、慢性心不全が追加された背景には、医師側が薬剤師に望むフォローアップをして欲しい疾患として、医療機関の地域包括診療料^{注9)}の対象となる疾患(糖尿病、慢性心不全、認知症)がアンケート調査で明らかになったことから追加された。次回の改定では認知症が対象疾患に追加される可能性もある。

注 9) 地域包括診療料：診療所または届出病床数が 200 床未満の病院が算定できる点数で、高血圧症・糖尿病・脂質異常症・慢性心不全・慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る)・認知症のうち、2 つ以上(疑いを除く)を有する患者に対して、患者の同意を得たうえで継続的かつ全人的な医療を行う制度で、いわゆる「かかりつけ医」機能を評価した点数である。

2) かかりつけ薬剤師指導料に関する見直し

① かかりつけ薬剤師から実質的なかかりつけ薬局へ

「かかりつけ薬剤師指導料」が新設された 2016 年度改定では、かかりつけ薬剤師として対応できる薬剤師は 1 名に限定されていたが、2022 年度改定では、かかりつけ薬剤師の要件を満たすもう 1 名の薬剤師を追加することが可能となった。今回の改定では、その範囲がさらに拡大され、当該薬局内でかかりつけ薬剤師の算定要件^{注10)}を満たす薬剤師であれば、複数人で患者にかかりつけの対応が可能となり、「かかりつけ薬剤師」から実質的に「かかりつけ薬局」に発展したと言える。

注 10) かかりつけ薬剤師になるためには、① 保険薬剤師として 3 年以上の経験があること、② 勤務する薬局での勤務経験が 1 年以上あること、③ 勤務する薬局で週 32 時間以上勤務していること(育児・介護等で時短の場合は週 24 時間以上かつ週 4 日以上の勤務)、④ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定

を取得していること、⑤ 医療に係る地域活動の取組に参画していること（行政や薬剤師会主催の健康フェアにスタッフとして参加），を満たす必要がある。

② 薬局・薬剤師の休日・夜間対応の見直し

かかりつけ薬剤師の契約を行っている患者からの対応は、原則として契約しているかかりつけ薬剤師が行う必要があるが、休日・夜間においてやむを得ない事情でかかりつけ薬剤師が対応できない場合は、薬局単位で対応することが可能となった。

③ かかりつけ薬剤師が算定できる「対人業務」の指導料の見直し

これまで、かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合、他の「対人業務」である指導料の同時算定は認められていなかったが、今回の改定では、「吸入指導加算」（30点、3か月に1回）、「調剤後薬剤管理指導料」（1：糖尿病、60点月1回、2：慢性心不全、60点月1回）を同時に算定することが可能となった。

3) 服薬情報提供料（トレースレポート）の算定要件の見直し

① 「服薬情報提供料1」（30点）

医療機関から薬局に対して患者の服薬状況等の情報提供の求めがある場合に算定できる点数であるが、今回の改定において医療機関は医科の病院・診療所だけでなく、歯科医療機関も含まれることが明確にされた。

② 「服薬情報提供料2」（20点）

これまで薬剤師が必要性を認めた場合において、患者または医療機関に対して情報提供を行った際に算定できたが、今回の改定で患者に対する情報提供は算定要件から外された。また、情報提供先も、イ) 医療機関（医科、歯科）への情報提供、ロ) リフィル処方箋調剤に伴う処方医への情報提供、ハ) 介護支援専門員（ケアマネージャー）への情報提供と、対象がより明確にされた。

③ 「服薬情報提供料3」（50点）

入院前の患者に関する医療機関（医師または病院薬剤師）への情報提供については、今回変更されていない。

4) 特定薬剤管理指導加算の算定要件の見直し

① 「特定薬剤管理指導加算1」（10点）

これまで、毎回、特定薬剤（ハイリスク薬^{注11)}を調剤し服薬指導した際に算定できていたが、今回の改定では、「イ」として新たにハイリスク薬が処方された場合（10点）と、「ロ」として処方されているハイリスク薬の処方内容が変更になった場合または副作用の発生状況に応じて薬剤師が必要と認めて指導を行った場合（5点）に変更された。ハイリスク薬が処方されている患者に対して、毎回算定している薬局にとって、マイナス要因となっている。

注 11) 特定薬剤（ハイリスク薬）：特に安全管理が必要な医薬品のことで、算定対象となる薬剤は、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、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤、抗HIV薬とされている。β遮断薬などでは成分は同様であるが、適応症が異なる場合は本加算が算定できないので注意が必要である。

②「特定薬剤管理指加算2」(100点、月1回)

この指導料の対象患者は「連携充実加算(医科)の届出をしている医療機関からの処方」かつ「抗悪性腫瘍剤を注射された患者」で、薬局で抗がん剤等を調剤した後に、薬学的管理および指導・服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、医療機関に情報提供を行なった場合に算定できるもので、今回の改定では要件の変更はない。

③「特定薬剤管理指加算3」(5点)

今回の改定で「3」が追加された。算定要件は、「イ：特に安全性に関する説明が必要な場合として、当該医薬品の医薬品リスク管理計画(RMP^{注12)})に基づき、製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に最初に用いた場合」と、「ロ：調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明および指導を行った場合」である。「ロ」については、後述する患者の希望で長期収載品(先発医薬品)の調剤を希望した場合に、選定療養^{注13)}に関して一部負担金が変更になる旨を説明した時に算定できる。

なお、RMPの活用については、通常の調剤時においても活用することが今回の改定で追加された。

注12) 医薬品リスク管理計画(RMP: Risk Management Plan)：医薬品の開発から市販後までの一貫したリスク管理を文書化したもので、医薬品ごとに安全性上の検討課題を特定し、リスクを低減するための取り組みを関係者で共有できるようにするもの。医薬品製造販売業者(医薬品メーカー)が、医療従事者と患者向けの資材を作成している。

注13) 選定療養：わが国の健康保険制度は、「療養の給付」すなわち医療サービスや医薬品等を患者に現物で提供するシステムであることから、保険診療と自費診療を併用することは認められていない(混合診療の禁止)。しかし、先進医療や入院時の差額ベッド代、歯科の金合金など保険でカバーされない医療サービスに対しては、自費診療を合法化するために保険外併用医療制度が設けられ、その中のひとつに「選定療養」がある。保険外併用医療制度では、保険による一部負担金に上乗せして、該当する医療費を患者が自費で負担しなければならない。なお、「選定療養」に係る費用には消費税(10%)が課せられる。

5) 麻薬管理指導における評価等の方法の明確化

「服薬管理指導料」と「かかりつけ薬剤師指導料」の加算である「麻薬管理指導加算」(22点)は、麻薬を調剤した場合に麻薬の服用に関して、その服用および保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理および指導を行った時に算定できていたが、今回の改定では、薬局内での指導だけではなく、薬剤交付後においても電話またはメールを用いて麻薬の効果判定および副作用の発現の有無を確認することが追加された。すなわち、麻薬についてもフォローアップの対象となった。これは、外来調剤時のみならず、在宅訪問時においても同様である。

6) 薬剤服用歴（薬歴）の記載の一部簡素化

薬剤師が患者から得られた情報や、患者に指導した内容については、薬剤服用歴（薬歴）に記録する義務がある。しかし、実際の薬局における業務分析において、処方箋調剤に関する業務の中で服薬指導に次いで薬歴記載に長い時間を要している実態があることが明らかになった。薬剤師の業務負担軽減の観点から、今回の改定では「薬学管理料の通則」に「単に患者から収集した情報、相談事項および患者への指導内容を単純に全て記載するのではなく」が追加され、薬歴を要約して記録することが改めて強調された。また、「服薬情報等提供料」を算定した際に医療機関に情報提供した内容を薬歴に記載する義務がなくなり、薬歴記載が一部簡素化された。

（18）長期収載品の保険給付のあり方の見直し

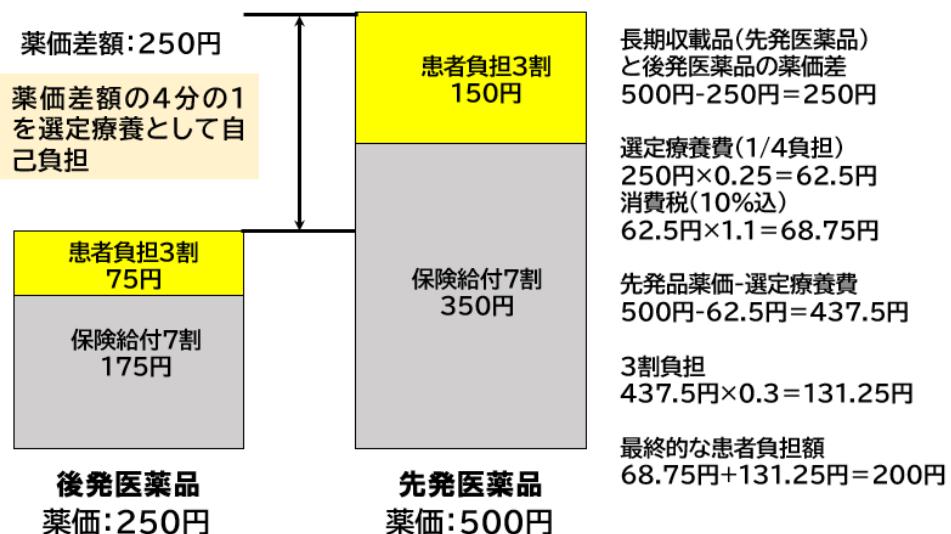
厚労省は、後発医薬品のさらなる使用促進と医療費適正化のために、2024年10月より患者の希望で長期収載品（先発医薬品）が処方された場合に、後発医薬品との薬価との差額の4分の1（25%）を実費（選定療養費^{注13)}）で患者負担を求めるなどを決めた。すでにドイツで導入されている「参考価格制度」^{注14)}の日本版である。ちなみにドイツでは後発医薬品との差額は100%負担しなければならない。診療報酬を審議する厚労省の中央社会保険医療協議会（中医協）での議論では、2分の1から4分の1までの範囲で検討された経緯があるが、最終的には4分の1に決着した。しかし、今後の長期収載品の使用動向によっては、負担割合が上がる可能性もあると見られている。

注14) ドイツで採用されている参考価格制度：同じ薬効成分の医薬品について一律の固定償還額（参考価格）を設定し、その額を超える部分については患者が保険外で自己負担する制度のこと。

選定療養が対象となる長期収載品は、①後発品が発売されてから5年以上が経過しているもの、②後発医薬品の発売が5年以上経過していないくとも、後発品への置換率が50%に達しているものが対象となり、2024年度では445成分・1095品目が対象となった。しかし、医師が医療上の必要があると判断し、後発医薬品への変更を認めない場合と、薬局に対象となる後発医薬品の在庫がない場合やそれを提供することが困難な場合については、引き続き保険給付となり、選定療養の対象とはならない。この制度を導入することで、医療費削減効果は10月施行となる24年度は180億円、25年度420億円（医療費ベース）を見込んでいるが、対象外になる条件も多いことから、実際にこれだけの医療費削減効果が期待できるかは不確実である。

図4に内服薬1錠の薬価が500円の長期収載品と、1錠250円の後発医薬品を例にあげて、実際に患者が長期収載品を選択した場合、後発医薬品より1錠あたり125円（200円-75円）の負担増となることを示す。実際の医薬品で計算した場合、保湿剤のヒルドイドフォーム（1本92g）を患者が選択した場合、後発医薬品との薬価差として1本当たり315円を負担しなければならないこととなる。

新しい自己負担:68.75円+131.25=200円

図4 長期収載品を選択した場合の「選定療養」の仕組み¹⁾

(19) その他の改定事項

1) 休日加算・深夜加算における要件の明確化

これまでこの加算は患者の求めに応じて薬局をわざわざ開局して対応した場合にのみ算定が可能であったが、今回の改定では地域の行政機関からの要請を受けて開局して対応した場合でも可能となった。これは、将来の新興感染症のパンデミック時に、地域の患者に対して医薬品の供給が円滑に行えるよう、休日や深夜に薬局が対応できるようにしたものである。

2) 自家製剤加算の見直し

今回の改定では、「薬剤調製料」における薬剤調製行為の評価を整理する観点から、「嚥下困難者用製剤加算」が廃止され、服用しやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価が「自家製剤加算」に一本化された。

また、長引く医薬品の不安定供給に対応して、例えばドライシロップが供給不足で入手できない場合は、同成分のカプセル剤を脱カプセルした内容物をもとに賦形剤を加え散剤とする場合も「自家製剤加算」が算定できるようになった。

3) 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

厚労省が指定する医療資源の少ない地域とは、医療従事者が少ないと医療機関が少ないため機能分化が困難な地域を指す。医療資源の少ない地域では、医療の質が低下しないように施設基準などを一部緩和する措置が取られている。今回の改定では、対象地域が変更され（詳細は割愛）、2024年1月1日に発生した能登半島地震に対応して、石川県輪島市・珠洲市・穴水町・能登町が追加された。

4) 投薬用の容器に関する取扱いの見直し

これまで調剤で必要な投薬瓶や軟膏壺については、医療機関または薬局が患者に貸与し、患

者が容器を返還した場合は当該実費を返金しなければならなかつたが、現状では薬局に容器が返還されたとしても、衛生上の理由から再利用されていない状況であることから、今回の改定では、投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を患者に請求できることとなつた。

5) 妥結率等に係る報告の見直し

妥結率とは、200床以上の病院と薬局が対象で、毎年9月30日現在で、医薬品卸売業者から病院・薬局が購入する医薬品の価格の妥結（取引価格が決まること）が50%未満である場合、「再診料」や「調剤基本料」が減算される制度である。医薬品の流通改善^{注15)}のために2014年度診療報酬改定で導入された制度である。今回の改定では、妥結率以外にも取引に係る状況、具体的には価格交渉の主体について「自施設が卸売販売業者と直接交渉した」、「法人の本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉した」、「価格交渉を代行する者に依頼して交渉した」のいずれかを報告しなければならないこととなつた。また、10月以降の下期からの価格交渉のあり方についても報告が求められる。

注15) 医療機関や薬局が医薬品卸会社から医薬品を仕入れる際に、購入価格を決めないまま取引することが通例となつていていた。2013年6月27日に開催された「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」で公表された医薬品価格妥結率によると、20店舗以上の「チェーン薬局」の妥結率が49.1%にとどまり、他に比べて非常に低調であることが明らかになつた。この結果を受けて、翌年の2014年度に妥結率の報告制度が導入された。

おわりに

冒頭でも述べたように、筆者は今回の改定は2025年からの「地域包括ケアシステム」の本格稼働を前にして、介護報酬改定とも連動し、「患者のための薬局ビジョン」で示した政策を調剤報酬上で総仕上げした印象を持っている。調剤報酬が「対人業務」にシフトしていくのは仕方がないが、「患者のための薬局ビジョン」で示された「健康サポート薬局」、「認定薬局（地域連携薬局、専門医療機関連携薬局）」が調剤報酬上できちんと位置づけられていないのは残念なところである。

さらに、長年議論されてきたが、医師会からの強い反発があり導入されなかつた日本版参考価格制度が突然導入された背景には奥の深いものがある可能性がある。2022年度改定で導入されてほとんど定着していない「リフィル処方箋」の二の舞にならないか懸念もあるが、国民皆保険制度の下で、保険外給付の範囲を拡大することには反対したい。医療費の適正化をすすめるのであれば、高薬価構造を見直すことが先決かと考える。

保険調剤に従事する保険薬剤師は、患者に対して調剤報酬の詳細について説明する義務があるが、今日において、これだけ複雑化している調剤報酬を、どれだけの保険薬剤師が十二分に理解できているのかについても疑問があり、今後はよりシンプルな報酬体系にしていくことが、患者にとっても有用であると考える。

参考資料

- 1) 厚労省保険局医療課. 令和6年度診療報酬改訂の概要（調剤）. 厚労省.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001238903.pdf> (参照 2024.5.1).
(一般社団法人 大阪ファルマプラン 社会薬学研究所 ひろた・のりたけ)