

原著

在宅訪問薬剤管理指導業務の費用に関する研究

第一薬科大学 臨床薬学講座 社会薬学分野

小武家 優子, 小川 素史, 高橋 沙季, 吉武 毅人

**Study of Cost and Medical Service Fee for Pharmaceutical Management
in Home Medical Care**

Department of social pharmacy, Daiichi University of Pharmacy, 22-1 Tamagawa-cho,
Minami-ku, Fukuoka, 815-8511, Japan

Yuko KOBUKE, Motofumi OGAWA, Saki TAKAHASHI, Taketo YOSHITAKE

Corresponding Author

Tel: 092-541-0161. Fax: 092-553-5698. E-mail: y-kobuke@daiichi-cps.ac.jp

Abstract

Due to low medical service fee, it is said that community pharmacists don't participate actively in home medical care. The purpose of this study is to clarify validity of cost and medical service fee for pharmaceutical management in home medical care.

Questionnaire survey for three community pharmacists who work at specialized home medical care in Fukuoka Prefecture were carried out during one month in July 2011. The costs and medical service fees were calculated based on the pharmaceutical management service data collected.

As a result, in home medical care, in the "home", it is necessary to visit 54 times per month, if we visit four people per day, we could become profitable for 14 days per month for community pharmacy. On the other hand, in the "elderly facilities", it is necessary to visit 7 times per month, if we visit one elderly facility per day, we could become profitable for 7days per month for community pharmacy.

Therefore, to take profit at a relatively reasonable frequency of visits, it is said that medical service fees in the "home" could be proper. On the other hand, to take profit at less frequency of visits, it is suggested that medical service fees in the "elderly facilities" could not be proper, too high.

Keywords—home medical care; pharmaceutical management; cost ; medical service fee;
community pharmacy; community pharmacist

諸言

これまで在宅訪問薬剤管理指導が積極的に行われてこなかった一因として、現行制度での診療報酬の低さがあるのではないかとされている。先行研究においては、平成10年(1998年)開始の在宅訪問薬剤管理指導業務の経済的評価として、患者1人につき月3回、550点の算定が妥当であるという結果となった¹⁾。また別の先行研究において、在宅専門薬局の収支は赤字となり、在宅業務を積極的に実施している薬局数は少なく、在宅専門の薬局を展開することが、平成14年(2002年)時の診療報酬では大変難しい状況であることが言われていた²⁾。

平成23年(2011年)時の診療報酬は、在宅患者訪問薬剤管理指導料1(同一建物居住者以外の場合)は500点で、在宅患者訪問薬剤管理指導料2(同一建物居住者の場合)は350点となっている。

在宅及び施設の訪問薬剤管理指導の実施に至る経緯には、①医師の指示型、②薬局提案型、③介護支援専門員提案型、④多職種提案型の4つのパターンがある³⁾。

本研究の目的は、訪問薬剤管理指導を専任とする薬剤師が、現状制度で得ている収入を明らかにして、一人の在宅専任薬剤師としてコスト面から比較することで、在宅及び居住系施設訪問の診療報酬点数の妥当性を検証することである。

方法

アンケートの調査方法は、福岡県を中心として展開している調剤薬局の在宅・居住系施設の訪問薬剤管理指導に専任として携わる薬剤師3名を対象に、平成23年の7月に、1ヶ月間の訪問薬剤管理指導における次の調査項目について活動実態調査を依頼した。

薬剤師に関する調査項目は、薬剤師経験年数、訪問指導従事年数、介護支援専門員資格の有無、年収の4項目である。

在宅に関する調査項目は、患者状態、経緯、作業時間、事務時間、服薬指導時間の5項目である。患者状態としてADL(activities of daily living: 日常生活動作)及び認知症の有無についても調査を行った。

施設に関する調査項目は、施設の種類、訪問薬剤管理指導の実施に至る経緯、指導受給者・管理者、作業時間、事務時間、服薬指導時間、施設毎の人数の7項目である。

なお在宅及び施設の調査項目の経緯には、①医師の指示型、②薬局提案型、③介護支援専門員提案型、④多職種提案型の4つのパターンがあり³⁾、このパターンに基づいて経緯を分類した。

結果

薬剤管理指導に携わる薬剤師3名(薬剤師①、薬剤師②、薬剤師③)の属性において、薬剤師経験年数の平均は、18年、訪問指導従事年数の平均は、約1年1ヶ月、介護支援専門員資格は、2名が保有しており、年収の平均は、約633万円であった[表1]。

表1 薬剤管理指導に携わる薬剤師の属性

薬剤師	薬剤師経験年数	訪問指導従事年数	介護支援専門員資格	年収
①	12年	2年	無	600万円
②	26年	1年	有	750万円
③	16年	5ヶ月	有	550万円
平均	18年	約1年1ヶ月		約633万円

年収の平均約633万円から月額を算出すると、 $633(\text{万円}) \div 12(\text{ヶ月}) \div 528,000(\text{円/月})$ となり、薬剤師の収入は、月額約528,000円となった。

平成23年(2011年)時の診療報酬は、在宅患者訪問薬剤管理指導料1(同一建物居住者以外の場合)は、500点で、在宅患者訪問薬剤管理指導料2(同一建物居住者の場合)は、350点となっており、以下同一建物居住者以外の場合を「在宅」、同一建物居住者の場合を「居住系施設」として、分けて結果を示す。

1) 在宅

「在宅」の薬剤管理指導の概要において、在宅患者は、患者aが3回の訪問、患者bが2回、患者cが1回の延べ6名であった。すべての患者abcは、訪問薬剤管理指導の実施に至る経緯は、介護支援専門員提案型であり、患者状態としてADLは自立、および認知症は有り、薬剤管理及び服薬は本人、aに関してのみヘルパーも関与していた[表2]。

表2 「在宅」の薬剤管理指導の概要

患者	経緯	ADL	認知症	薬剤管理	服薬
a	介護支援専門員提案型	自立	有	本人・ヘルパー	本人・ヘルパー
b	介護支援専門員提案型	自立	有	本人	本人
c	介護支援専門員提案型	自立	有	本人	本人

「在宅」の個別薬剤管理指導時間において、訪問前後にかかる時間の平均準備時間は、22.5分、平均片付け時間は、7.5分、平均事務時間は、12.5分、平均調剤・服薬指導時間は、17.5分であった[表3]。患者a、患者b、患者cの各合計をすべて足すと6時間(360分)になり、平均をすべて足すと1時間(60分)となった。

表3 「在宅」の個別薬剤管理指導の時間

患者	訪問回数	訪問前後にかかる時間		事務時間	調剤・服薬指導時間	合計
		準備	片付け			
a	3回	15分	5分	10分	15～20分	150分
b	2回	30分	10分	15分	10分～15分	140分
c	1回	30分	10分	15分	10分～15分	70分
平均		22.5分	7.5分	12.5分	17.5分	

在宅の請求全点数と掛かった薬剤費において、請求金額合計 164,160 円から請求全点数に占める薬剤費合計 105,940 円を引くと、全金額と薬剤費との差額合計は、58,220 円となった[表 4]。なお、診療報酬は、1 点を 10 円として換算する。

表 4 「在宅」の請求全点数と掛かった薬剤費

患者	請求全点数(点)	請求全点数に占める薬剤費(点)	請求金額(円)	請求全点数に占める薬剤費(円)	全金額と薬剤費との差額(円)
a	7,012	4,536	70,120	45,360	24,760
b	6,394	4,406	63,940	44,060	19,880
c	3,010	1,652	30,100	16,520	13,580
合計	16,416	10,594	164,160	105,940	58,220

以上より、「在宅」の結果をまとめると、次の通りとなった。

在宅 3 件・延べ 6 名について回答を得た。在宅訪問では、合計収入は 58,220 円、拘束時間は 6 時間、これにより時間当たりの収入は、9,703 円(=58,220 円÷6 時間)となった。

ここで、先行研究²⁾と同様の算出では、合計 30,000 円(=500 円×延べ 6 名×10 点)となり、本研究の実際の全金額と薬剤費との差額合計 58,220 円であるので、先行研究と比べて本研究では、1.94 倍(=58,220 円÷30,000 円)の収入となった。

本研究における全金額と薬剤費との差額合計は、薬剤師 1 人当たりの人件費(528,000 円)を稼ぐには、月 54 時間(=528,000 円÷9,703 円/時)が必要となる。患者一人当たりの平均拘束時間が 1 時間なので、月 54 回(=54 時間÷1 時間)の訪問が必要と算出できた。なお、請求金額に占める薬剤費割合は、患者 a64%、患者 b68.9%、患者 c54.9%であり、請求金額に占める薬剤費割合平均は、63%となった。

2) 居住系施設

居住系施設の薬剤管理指導の概要は次の通りとなった。以下、「居住系施設」を「施設」とする。訪問施設は、5 施設(A、B、C、D、E)・延べ 287 名であった。施設の種類は、A が有料老人ホーム、B D E がグループホーム、C が軽費老人ホーム(ケアハウス)であった。訪問薬剤管理指導の実施に至る経緯は、A が他職種提案型、B C D E が薬局提案型であった。主たる服薬指導受給者は、職員であり、C のみ入居者本人も関与していた。主たる薬剤管理者は、職員であり、C のみ入居者本人も関与していた。

施設別の薬剤管理指導時間において、訪問前後にかかる時間の平均準備時間は、177 分、平均片付け時間は、13 分、平均事務時間は、95 分、平均調剤・服薬指導時間は、20 分であった[表 5]。施設 A、施設 B、施設 C、施設 D、施設 E の各合計をすべて足すと 106.5 時間となり、平均をすべて足すと約 5 時間(305 分)となった。

表5 「施設」別の薬剤請求全点数と掛かった薬剤費

施設	訪問回数	訪問人数 (延べ)	訪問前後にかかる時間		事務時間	調剤・服 薬指導 時間	合計
			準備	片付け			
A	5回	137名	300分	10分	120分	3分	36 時間
B	4回	32名	180分	10分	60分	3分	17 時間
C	4回	66名	240分	15分	120分	50分	28 時間
D	4回	33名	90分	15分	90分	15分	14 時間
E	4回	19名	45分	15分	77.5分	35分	11.5 時間
平均			177分	13分	95分	20分	

施設の請求全点数と掛かった薬剤費において、請求金額合計4,153,100円から請求全点数に占める薬剤費合計2,335,210円を引くと、全金額と薬剤費との差額合計は、1,817,890円となった[表6]。なお、診療報酬は、1点を10円として換算する。

表6 「施設」の請求全点数と掛かった薬剤費

施設	請求全点数 (点)	請求全点数 に占める薬 剤費(点)	請求金額 (円)	請求全点数 に占める薬 剤費(円)	全金額と薬 剤費との差 額 (円)
A	193,993	107,718	1,939,930	1,077,180	862,750
B	43,467	21,688	434,670	216,880	217,790
C	93,801	54,660	938,010	546,600	391,410
D	47,572	26,451	475,720	264,510	211,210
E	36,477	23,004	364,770	230,040	134,730
合計	415,310	233,521	4,153,100	2,335,210	1,817,890

以上より、「居住系施設」の結果をまとめると、次の通りとなった。

5施設(A、B、C、D、E)・延べ287名について回答を得た。施設では、合計収入は1,817,890円、拘束時間は106.5時間、これにより時間当たりの収入は、17,070円(=1,817,890円÷106.5時間)となった。

ここで、1)「在宅」と同様に、先行研究²⁾の算出では、合計1,004,500円(=350円×延べ287名×10点)となり、本研究の実際の全金額と薬剤費との差額合計1,817,890円であるので、先行研究と比べて本研究では、1.81倍(=1,817,890円÷1,004,500円)の収入となった。

薬剤師1人当たりの人件費(528,000円)を稼ぐには、月31時間(=528,000円÷17,070円/時)が必要となる。一回平均拘束時間は約5時間なので、月7回(=31時間÷5時間=6.2<7)の訪問で採算を得る結果となった。

一方、施設単位で検討し、収入と人件費を考慮すると、訪問延べ人数が137名の施設Aは、+334,750円の黒字となり、施設B(訪問延べ人数:32名)は、-310,210円、施設C(訪問延べ人数:66名)は、-136,590円、施設D(訪問延べ人数:33名)は、-316,790円、施設E(訪問延べ人数:19名)は、-393,270円となり赤字となった。

ここで、薬剤師の平均年収より算出した、薬剤師の月額収入約528,000円と同程度の収入を得るために、「施設単位」でなく「複数の施設訪問」を検討する。表6の『「施設」の請求全点数と掛かった薬剤費』のうち、「全金額と薬剤費との差額」に注目すると、施設B(訪問延べ人数:32名)と施設C(訪問延べ人数:66名)の2施設の訪問では、各「全金額と薬剤費との差額」の合計は、609,200円(=「施設B:217,790円」+「施設C:391,410円」)となり、薬剤師の月額収入約528,000円を超えた。よって、「複数の施設訪問」において、2施設の訪問で、訪問延べ人数は、98名(=「施設B:32名」+「施設C:66名」)となり、概ね100名であれば、2施設で黒字となった。

以上より、結果として、「施設単位」であれば、訪問延べ人数が137名で確実に黒字となり、「複数の施設訪問」において、2施設の訪問であれば、概ね100名で、黒字となった。従って、収容人数が100名以上であれば、1施設でも黒字を見出せることが示唆された。なお、請求金額に対する薬剤費割合平均は、56%となった。

考察

本研究の目的は、訪問薬剤管理指導を専任とする薬剤師が、現状制度で得ている収入を明らかにして、一人の在宅専任薬剤師としてコスト面から比較することで、在宅及び居住系施設訪問の点数の妥当性を検証することであった。

1. 「在宅」及び「居住系施設」の訪問の診療報酬点数の妥当性

「在宅」では、月54回の訪問が必要であることから、1日4名の訪問頻度であれば、月14日間で採算を得られることになった。一方、「居住系施設」では月7回の訪問で良く、1日1施設の訪問頻度としても7日間で採算を得られることとなった。

このことから、「在宅」では比較的妥当な訪問頻度で採算を取れるため、適正な診療報酬点数であると言える。一方、「居住系施設」はかなり少ない頻度で採算が取れ、診療報酬点数としては高すぎる可能性があることが示唆された。今後、「居住系施設」の診療報酬の一部を「在宅」に回す等して、在宅へさらに積極的に薬剤師が訪問出来るように支援することが望ましいと思われる。

先行研究においては、訪問薬剤管理指導のみを行うというシミュレーション条件があり²⁾、本研究では、請求全点数や請求金額に占める薬剤費を調査したために、“訪問薬剤管理指導料”に加えて“調剤報酬(ただし薬剤料を除く)”の合計を算出することが出来、訪問の実態に即した調査を行うことが出来たと考えられる。その結果、先行研究での算出と比べて、「在宅」は1.94倍の収入、「居住系施設」は1.81倍の収入であり、両者共に約2倍の収入となり、訪問の診療報酬点数の妥当性が認められた。

2. 訪問人数の確保について

考察1より採算の面から見ると、診療報酬点数自体よりも、いかに訪問人数を確保するかが重要となることが示唆された。訪問薬剤管理指導の実施に至る経緯においては、処方医から訪問依頼があったためによる割合が84.2%と多くを占めていること⁴⁾から、医師に訪問薬剤管理指導業務の必要性を周知してもらうことが、訪問人数の確保につながるということが考えられた。また在宅医療において薬剤師が、医薬品の適正使用や医療安全の確保だけでなく、患者の状態を評価するといった見守り機能まで実施する⁶⁾等、薬剤師が実際に職能を発揮していくことが必要と考えられた。

3. 平成24年度診療報酬改定⁵⁾

平成24年度診療報酬改定では、在宅薬剤管理指導業務の一層の推進として、「在宅業務に対する新規評価」、「小規模薬局間の連携による在宅業務の評価」、「無菌調剤に係る薬局の負担軽減」、「在宅訪問可能な距離の目安を設定」があげられる。

平成24年度診療報酬改定では「在宅訪問薬剤管理指導」自体の点数に変更はなかったが、「小規模薬局間の連携による在宅業務の評価」において、“在宅基幹薬局”と“サポート薬局”制度が導入されて、複数の薬局がチームで参画することが可能となる等、今後も在宅への薬剤師参画が増加すると思われる。

「在宅訪問可能な距離の目安を設定」においては、保険薬局の所在地と患者の所在地の距離が16kmを超える場合にあっては、特殊な事情がある場合を除いて算定できないこととなった。在宅患者訪問薬剤管理指導の実績が少ない要因として、約7割の薬局は常勤換算での薬剤師が3名未満と小規模であり、他の調剤業務の空いた時間に行うか、在宅訪問時に薬局を閉局する必要があるなどがあげられている。今回の診療報酬改定で、距離の制限が出来たことにより、マンパワーや時間の課題が解決できることが期待できる。

引用文献

- 1) 小貫中, 在宅訪問薬剤管理指導業務の経済的評価, 癌と化学療法, 26 Suppl. II:246-248(1999)
- 2) 本間克明, 在宅訪問薬剤管理指導業務のコストと診療報酬に関する研究, YAKUGAKU ZASSHI, 124(10):693-697(2004)
- 3) 厚生労働省, 在宅医療における薬剤師の役割と課題
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000zap2-att/2r9852000000zatv.pdf>, (2012年12月15日アクセス可能)
- 4) 日本薬剤師会, 後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究, 2008
- 5) 厚生労働省, 平成24年度診療報酬改定について
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuken/iryuuken15/index.html, (2012年12月15日アクセス可能)
- 6) 狭間研至, 【実践在宅医療入門】知っておきたい在宅医療の基礎知識 在宅患者のフィジカルアセスメント, 薬局, 63(9):2856-2860(2012)