

MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG（アール・エス・ピー・グループ） 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行者：（株）ユアーズブレン 広島市中区国泰寺町1-3-29 デルタビル3階 TEL 082-243-7331

平成27年12月4日 中医協 総会（第317回）

- ① 「患者本位の医薬分業」に向けて集中討論
- ② 薬剤師の受診勧奨、「特定の病院への誘引につながる」と支払側
- ③ 在宅訪問の実績要件、「極めて厳しい要件」と日薬
- ④ 薬局でのプライバシー保護、「個室の整備を」と患者代表
- ⑤ 対物業務の適正化案に、「調剤業務の重要性は変わらない」と日薬
- ⑥ かかりつけ機能のない薬局、「どんどん減って」と厚労省担当者
- ⑦ 調剤報酬の抜本的な見直し、日医副会長が「2つの柱」を提案
- ⑧ 薬価本調査の速報値、平均乖離率は約8.8%

【概要】

この日の総会は、「調剤報酬（その2）」と「薬価調査及び特定保険医療材料価格調査」の2項目を議題とし、調剤報酬に関する議論が中心となった。

【詳細】

① 「患者本位の医薬分業」に向けて集中討論

政府の規制改革実施計画ならびに経済・財政再生計画、「患者のための薬局ビジョン」により地域包括ケアの推進において「かかりつけ薬局・薬剤師」が取り上げられ、その要件・機能が検討された。

厚労省は資料の冒頭で「医薬分業率は年々上昇している」と評価した。一方、「多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている」との課題を指摘し、今後は「どの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く」との方針を示した。

厚労省は、こうした改革の方向性を「患者本位の医薬分業」とし、「患者の服用薬を一元的・継続的に把握し、患者がいつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師・薬局を推進する」との考えを示した。「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」、「対人業務の評価の充実」、「大型門前薬局などの評価の適正化」——が主な柱となっている。

「調剤報酬（その2）」の構成

- | | | | |
|---------------------|---------------|--------------------|--|
| 1. 患者本位の医薬分業の実現に向けて | | | |
| 2. かかりつけ薬剤師・薬局の評価 | 3. 対人業務の評価の充実 | 4. いわゆる門前薬局の評価の見直し | |

この日の会議では、厚労省の担当者が92ページの資料を約35分間にわたって丁寧に説明。続く質疑の冒頭で、日本薬剤師会（日薬）の委員が約15分間にわたり意見を述べた後、「調剤報酬」をめぐる各論点について1時間以上にわたって集中的に討論した。

厚労省が示した「調剤報酬（その2）」は全92ページ。4項目で構成し、1の「患者本位の医薬分業の実現に向けて」が総論部分、2～4が各論となっている。

② 薬剤師の受診勧奨、「特定の病院への誘引につながる」と支払側

患者は薬剤師に何をどこまで相談できるのか。厚労省は、「患者がいつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師・薬局を推進する」との方針を示したが、日本医師会（日医）の委員は「気軽に」との文言を指摘し、「安心して相談できるという意味ではないのか」と質問。厚労省の担当者は「もちろん『安心に』ということが前提としてある」と回答した。

これに対し、支払側委員は「安心して薬局の薬剤師の相談を受けられる方向性はいい」と賛同しながらも、「医療機関への受診勧奨は特定の病院への誘引につながる」と懸念。「療担規則では医療機関が特定の保険薬局に誘引することが禁止されているが、これがあまりにも強調されると、特定の病院への誘引ということも考えられるので慎重な対応が求められる」と述べた。

これに日医の委員は「ちょっと気になる。あまり良くないことがあるように聞こえるが、そんなことはないだろう」と返した。厚労省の担当者は「地域に密着した薬局であれば医師会とも一緒に勉強会などに参加する。『どここの先生の所に行ってははどうでしょうか』という提案はやはり一定程度はあるだろう」とコメントした。

厚労省が今年10月23日に公表した「患者のための薬局ビジョン」では、副題に「『門前』から『かかりつけ』そして『地域』へ」を掲げ、その中で「医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する」との役割を挙げている。大病院の長期投薬を批判し、地域の中小病院やかかりつけ医への逆紹介を推進するよう求める声もある。

③ 在宅訪問の実績要件、「極めて厳しい要件」と日薬

かかりつけ薬剤師が持つべき機能は何か、かかりつけ薬局にはどのような体制が求められるか。厚労省は「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」と題して、5項目の論点を提示。日薬の委員はこのうち1・3・5の項目について「了解する。異存はない」と賛成した。

しかし、2つめの項目の基準調剤加算の要件については、「在宅訪問の実績要件の追加は、地域の在宅医療の資源や環境によっては極めて厳しい要件の追加となる」との懸念を表明。「実績の有無が薬局の機能や負担を評価する指標であることは理解するが、実施に当たっては、薬剤師が在宅への取り組みに対してより前向きになれるようなご配慮を頂きたい」と求めた。さらに、4つめの項目（患者に対する情報提供）について、「調剤のたびに様々な文書をお渡しし、口頭でも相当な量の情報を提供している」と現状を説明した上で、「患者の選択に資する情報の提供に関しては、あまりにも過剰な情報量にならないように対応して頂きたい」と求めた。

「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」の論点

1. 患者が選択する、かかりつけ薬剤師の要件等を診療報酬上明確にした上で、当該薬剤師が医師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握する業務を評価してはどうか。また、かかりつけ薬剤師の業務の包括的な評価も検討してはどうか。
2. 基準調剤加算については、在宅訪問の実績要件をさらに求めるとともに、開局時間、相談時のプライバシーに配慮した要件の追加、24時間対応に関する実態に即した要件の明確化など、「患者のための薬局ビジョン」等を踏まえ、かかりつけ機能を評価してはどうか。
3. また、かかりつけ機能を有する薬局としては、かかりつけ薬剤師となりうる、当該薬局に一定時間以上勤務する薬剤師を配置することを基準調剤加算の要件に追加することとしてはどうか。
4. 患者に対する情報提供に関しては、患者の選択に資するよう、薬局のサービスの内容も含めて丁寧にわかりやすい情報提供を推進することとしてはどうか。
5. 基準調剤加算については、かかりつけ薬剤師・薬局の普及状況等を踏まえて、次期改定以降も引き続き見直しを検討していくこととしてはどうか。

(12月4日の中医協総会資料「調剤報酬(その2)」P52)

④ 薬局でのプライバシー保護、「個室の整備を」と患者代表

「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」について厚労省が挙げた5項目の論点に対し、医師や患者代表らはどのような考えを示したか。

日医の委員は基準調剤加算の「24時間対応」に着目。「夜間の電話をパートの薬剤師に任せることのないように」とくぎを刺し、「夜間、専任のパートの薬剤師を雇って対応するのではなく、患者のことが分かる方につながるようお願いしたい」と要求した。

患者を代表する立場の委員は「いよいよ本格的な医薬分業時代をこれから迎える」と期待を込め、2つめの論点の「相談時のプライバシーに配慮した要件の追加」に注目。「カウンターでみんなの見える所に立って薬剤師から服薬支援等を受けるのはあり得ない話」と苦言を呈し、「具体的には、個室を整備していただくか、パーテーションで区切られたカウンターでプライバシーが守られる形を推進してほしい」と要望した。

一方、支払側の委員は3つめの論点の「当該薬局に一定時間以上勤務する薬剤師を配置する」との記載を指摘。「患者が安心して相談できるためには、(時間だけではなく)連続した『期間』要件も必要だろう」と求めた。厚労省の担当者は「『期間』というのは、その薬局に何年間在籍したかという趣旨を意味する」としながらも、「そういう(在籍期間の)要件が必要であれば、規定することは特段問題ない」と応じた。

⑤ 対物業務の適正化案に、「調剤業務の重要性は変わらない」と日薬

調剤重視から服薬管理・指導重視への転換を図ることができるか。厚労省は、患者本位の医薬分業に向けた2つめの柱に「対物業務から対人業務へ」を掲げ、対人業務の評価を充実させるために6項目の論点を示した。薬剤服用歴管理指導料について、2回目以降に手帳を持参して来局する場合の点数を低くすることや、電子版のお薬手帳を紙媒体の手帳と同様の取扱いにすること、ブラウンバッグ(患者宅にある薬を持参してもらうために渡すバッグ等)の活用による残薬削減等の推進などを挙げている。

「対人業務の評価の充実」の論点

1. 薬剤服用歴管理指導料は、業務の実態も考慮しつつ、服薬状況の一元的な管理のために患者が同じ薬局にお薬手帳を持参して繰り返し来局することのインセンティブを与えるため、2回目以降に手帳を持参して来局する場合の点数を低くすることについてどのように考えるか。
2. お薬手帳については、電子版の手帳であっても、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体の手帳と同様の取扱いが可能と位置づけてはどうか。
3. 重複投薬・相互作用防止加算については、医師と連携の上、減薬等にかかる疑義照会を進めるため、加算できる範囲の見直しなど評価を充実させてはどうか。
4. 継続的な薬学的管理を進めるため、ブラウンバッグによる残薬削減等の推進を検討してはどうか。
5. 対物業務の評価適正化として、調剤料及びその加算の仕組みについて、例えば、調剤日数に応じて増加する一包化加算などの評価を見直してはどうか。
6. 対物業務から対人業務への構造的な転換を促すため、調剤料や指導料の評価の仕組みの在り方について、引き続き検討していくこととしてはどうか。

(12月4日の中医協総会資料「調剤報酬(その2)」P73)

日薬の委員は論点1～4について大筋で受け入れたが、5の「対物業務の評価適正化」、6の「対物業務から対人業務への構造的な転換」については異論を述べた。

日薬委員は「医薬品を取り扱う調剤業務の重要性というのは全く変わるわけではない」と、薬剤師の業務の“原点”を強調。「調剤上の管理や手順、監査といったプロセスが適切でなければ、調剤過誤や命に関わるような事故につながってしまう」と警鐘を鳴らし、「適切かつ確実な調剤業務をなくしては、いかに対人業務を充実させても、調剤や薬物治療の安全性・有効性が確保できないということは言うまでもない」と語気を強めた。

⑥ かかりつけ機能のない薬局、「どんどん減って」と厚労省担当者

小規模な薬局と大手薬局をどのように棲み分けていくか。厚労省は「かかりつけ薬剤師・薬局」の評価を打ち出す一方で、大規模な門前薬局の評価を適正化するため、「特例対象を除外するための24時間開局の要件廃止」「特定の医療機関との関係性が深いとみなされる薬局の評価の見直し」などを提案。「かかりつけ機能に係る業務を一定期間行っていないと判断される薬局の評価についてどのように考えるか」と厳しい姿勢を見せた。

小規模薬局の保護と大手薬局の適正化の流れの狭間で苦悩する日薬の委員は、「理屈としては理解できるものの、現段階では具体的な事例や判断材料となる結果検証もない状態であるので、仮定に基づく議論をすることは時期尚早ではないか」と抵抗した。その上で、「調剤報酬に関する財政審の建議(財務省・財政制度等審議会において11月24日に示された『平成28年度予算の編成等に関する建議』)について発言したい」と切り出し、「調剤報酬に係る改革として、具体的な要件や点数などが例示されているが、その内容は極めて非現実的で、かつ乱暴なものと言わざるを得ない」と批判。「建議」で提案されているような調剤報酬にすれば、地域に密着した小規模な薬局が消滅してしまい、地域医療における医薬品供給体制、ひいては地域医療提供体制が崩壊してしまう」と訴えた。

これに対し、日医委員は大手薬局の利益拡大を指摘し、調剤報酬の抜本的な見直しを要望。これに支払側委員も賛同した。厚労省の担当者は、「かかりつけ機能に関する業務を行っていない所は、どんどん減っていただきたいと思っているし、診療報酬だけではなくて、そういった政策を今後つくり続けるのだと思っている」と意欲を見せた。

⑦ 調剤報酬の抜本的な見直し、日医副会長が「2つの柱」を提案

日医副会長の中川俊男氏は、診療側と支払側が一通り意見を述べた後で、約10分間にわたり発言した。中川氏は冒頭で「今回の調剤報酬の改定に際して2つの柱を提案したい」と述べ、「かかりつけ薬剤師を改めて評価する診療報酬・調剤報酬」「医科と整合性のない調剤報酬の是正」——の2点を挙げた。支払側委員は「誠にそのとおりだ」と絶賛。「行政というのは一気にドラスティックな制度の変更をしない」と指摘し、「改革や変更は、そこまでやるかというような案を出してから、ちょっと元に戻す形が一番うまくいく。当局にはこの際、思い切って抜本的な見直しをしてもらいたい」と中川氏に賛同した。

○中川俊男委員（日本医師会副会長）

2号（診療）側委員がいろいろ意見を述べたところと重複するかもしれないが意見を述べたい。まず調剤報酬の議論をする場合に、すべての薬局を一括して議論するのはなかなか難しいのではないかと。大手調剤薬局4社の例を恐縮だが出す。2014年の純利益の合計が139億円に達している。同じく14年の4社の内部留保の増加額が120億にも達している。配当が26億、毎年この程度。こういう状態の株式会社、公的医療保険下の、日本の国民皆保険の中に併存していることをどう考えるかが第一の議論の中心だと思う。その上で、今回の調剤報酬の改定に際して、2つの柱を私は提案したい。まず、薬局の体制を評価されている今の調剤報酬を抜本的に見直して、かかりつけ薬剤師を改めて評価する診療報酬、調剤報酬を考えるべきだと思う。2つめは、医科と整合性のない調剤報酬を是正する。この2点を提案したい。まず、薬局の体制を評価されているということに関しては、基準調剤加算、後発医薬品体制加算、それから処方箋のほぼすべてで算定されている薬剤服用歴管理指導料がある。二本目の「医科と整合性のない調剤報酬」の例としては、薬局調剤と医科で算定方式がそもそも異なるものがある。代表的には調剤料。そして、薬局調剤のみで医科にはない一包化加算、それと後発医薬品体制加算、これは入院の一部にはあるが外来にはない。こういう柱で、ぜひ今回の改定、調剤報酬の改定を考えていただきたいと思う。

まず、基準調剤加算から意見を述べる。備蓄品目数が1と2の要件になっているが、そもそも不特定多数の患者さんの来局を想定している。地域密着型のかかりつけ薬剤師・薬局で患者さんが特定されていて必要品目が絞り込める場合には、必ずしも備蓄品目数の多さが求められていないケースも多くあるのだろうと思う。また、大型店舗というのは在庫スペースが広くて備蓄品目も確保しやすいために、より有利になる。基準調剤加算の算定は全国平均では約6割だが、大手チェーン薬局は約9割が算定している。2014年度の診療報酬改定で、在宅患者への対応実績が要件に追加されたために算定金額が若干減少しているが、それでも2014年において、704億円が出ている。そこで提案だが、薬局の体制を評価している基準調剤加算を抜本的に見直して、真にかかりつけ薬剤師を評価する報酬を新設してはどうか。

次に、薬剤服用歴管理指導料について。（中略）現在の薬剤服用歴管理指導料は12年度改定で、薬剤情報提供料、後発医薬品情報提供料を廃止した上で41点に見直された。その改定以前は、薬剤情報提供料は約半数しか算定されなかったが、2012年度にはこの管理指導料がほぼすべて95.8%で算定されている。これは驚いた。一気にお薬手帳を交付できるようになったのかなと疑問を持っていたが、いまお話したように、未記載、服用歴の未記入で薬剤服用歴管理指導料を算定

したという不適切事案が発生したということは皆さん記憶に新しいところだと思う。この算定金額は、14年度改定で手帳なしの点数が設定されてやや下がったが、14年度に2,918億円にも上っている。医科も院内処方の場合には、薬剤情報提供料、手帳記載加算を算定できるが、月1回のみの評価で、実質的に初・再診料に包括された形になっている。そこで提案だが、まずそもそも薬剤に関する情報提供は、かかりつけ薬剤師の本来業務ではないか。特段に評価する必要があると言えるのか。そこで、お薬手帳を通じた情報提供、指導は大前提として、かかりつけ薬剤師が患者の服薬情報を一元的・継続的に管理した場合のみ評価するとしてはどうか。提案する。

次に、調剤料について述べる。調剤料は、内服薬の場合、7日までは1日5点、8～14日までは1日4点、15日から21日は1回71点など段階的に高くなる。医科、院内では、何日でも何剤でも定額9点。調剤料は、2014年度では、7,148億円になる。これを医科と同じように1回9点で計算すると4,785億円となり、2,361億円減少する。こんなに差がある。また、調剤には一包化加算というのがあるが、医科にはない。2014年度の一包化加算は587億円に上っている。そこで、提案する。調剤という行為は薬局調剤と医科院内処方と同じであって、調剤料格差は患者さんから見たら非常に分かりにくいものだと思う。いま、調剤の自動化による効率化が進んでいるので、投薬日数に応じた点数設定は時代遅れだ。薬局の調剤料、一包化加算を含めて、1調剤当たりの定額にしたらどうか。以上、提案する。

(中川氏の発言を編集部で要約)

⑧ 薬価本調査の速報値、平均乖離率は約8.8%

調剤報酬をめぐる議論を終え、総会開始から約2時間が経過したところで最後の議題である「薬価調査及び特定保険医療材料価格調査」に入った。

厚労省は「医薬品価格調査（薬価本調査）の速報値」を示し、市場での取引価格と薬価との開きを示す「平均乖離率」が約8.8%で、前回調査から0.6ポイント拡大したことを報告した。また、後発医薬品の数量シェアが約56.2%で、前回調査の46.9%から上昇したことも伝えた。

質疑で日医委員が「乖離率に基づいて想定される、それぞれの金額ベースでどれぐらいになるだろうか。医療費ベース、公費ベースで教えていただければありがたい」と尋ねたが、厚労省の担当者は「次の医療費あるいは薬剤費がどのぐらいになるのかということも含めて、まだ値が確定していない」と回答を避けた。

続けて厚労省の担当者は「ほかの薬価の算定ルールで、新薬関連の創出加算や不採算品の再算定、逆に市場拡大の再算定など、いろいろな薬価のルールも影響してくる。大変ご興味はあるのかもしれないが、現時点ではいくらになるというところまで明確に申し上げられる段階ではない」と理解を求め、委員も承諾した。

【今後の予定】平成27年12月9日（水）