

質 疑

調剤（その3）について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまのご説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしくお願ひいたします。最初に森委員、お願ひいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。資料と論点に沿ってコメントさせていただきます。調剤ということで発言が少し長くなりますけど、ご容赦いただければと思います。

【調剤基本料】

- 薬局の同一グループの店舗数、立地別、処方箋受付回数・処方箋集中度の区分別の収益状況等を踏まえ、調剤基本料について、どのように考えるか。
- 保険医療機関の敷地内にあり、不動産の賃貸借等の関係にあるいわゆる敷地内薬局に関して、構造設備規制の見直しが行われた平成28年以降の開設状況、当該薬局の収益状況や収益構造のほか、医療機関における公募状況等の関係性やかかりつけ機能の実態等を踏まえ、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

まず論点の調剤基本料についてですが、これはその加算を含めて、保険薬局の建物、設備、医薬品備蓄費用、水道光熱費等、保険薬局の維持・運営のための基礎となる評価となります。

調剤基本料は平成4年度改定までは薬局の規模などによらない単一の評価でしたが、1カ月の処方箋受付回数が5,000回を超えるような大型の薬局が出現してきたため、平成6年4月の改定で別扱いとなり、その後は処方箋枚数と処方箋集中度という軸を設けて、医療経済実態調査の結果も踏まえて、経営効率に応じた評価の見直しが行われてきました。

薬局には、かかりつけ機能の強化とともに医薬品供給拠点としての役割の充実が求められており、調剤報酬の構造を踏まえると、いわゆるファーマシーフィーとしての調剤基本料とその加算は、まさに薬局の基本機能を下支えする基礎となる評価であり、非常に重要な役割を持つものです。

調剤基本料についての論点の1つ目の丸についてですが、基本的には医療経済実態調査の結果をもとに調剤基本料を設定していくものと理解しておりますが、今回の調査結果からも、物価・人件費の高騰の影響もあり、処方箋枚数が少なく、中小規模の薬局は非常に厳しい経営状況の中にあることが明らかになりました。

実際に日本薬剤師会で賃上げ状況についての調査を実施しましたが、約3割の薬局で賃上げを実施できておらず、賃上げを実施できている薬局でも、全体の賃上げ率は1.99%、賃上げ金額としては全企業平均の半分にも満たず、全産業平均を大きく下回っている状況です。

したがって、薬局が地域の医療や医薬品の提供体制を支えていくためには、薬局の基本機能をしっかりと下支えする必要がある、そのためにはファーマシーブィーとしての調剤基本料とその加算はますます重要になってきているものと思います。

処方箋枚数が少なく、中小規模の薬局、特に医療資源の少ない地域にある薬局も含め、このあたりについては、集中率と一部の効率性の観点だけに着目するのではなく、地域に必要とされている機能を持続可能なかたちで提供するという観点からの配慮は必要だと考えます。そのような配慮がないと地域の医薬品提供体制が成り立たなくなってしまうと思います。

2つ目の丸についてですが、敷地内薬局に関しては、令和4年度の改定で、診療報酬と調剤報酬で対応されましたが、その後も誘致、出店が止まらないばかりか、先日、敷地内薬局の誘致をめぐる、医療機関の元事務部長、敷地内薬局の運営会社の役員が逮捕、起訴されるという事案が発生しました。

適切な医薬分業のためには、これは昭和50年代から繰り返し指摘されてきましたが、保険薬局は経営上はもちろん、保険医療機関からの経済的・構造的・機能的に独立していることが不可欠であること。敷地内薬局は国の目指す医療の姿に逆行すること。保険医療に係る財源は国民皆保険制度で成り立っているため、公費・保険料等を、このような使い方をするということは適切ではないと、日本薬剤師会として繰り返し指摘してきたところです。

いわゆる敷地内薬局の公募要件

○ 医療機関の敷地内に薬局を開設する際には、多くの場合、医療機関側で薬局開設等を行う事業者に対して公募型プロポーザル方式にて敷地内薬局を公募しているが、その中の要件には薬局の開局時間の指定や病院の業務の軽減を求めると、建物の外観の制限・要求など、医療機関から独立した機能を有しているとはいえない要件が課されている例がみられる。

① 自院の診療時間に合わせた開局を求めている事例
 例) 当院の診療日及び診療時間を考慮して運営すること。さらに休診日及び診療時間外の運営についても、柔軟な対応が可能であること
 例) 当院における調剤業務と同一もしくはそれ以上の遂行能力を有すること。

② 24時間対応を求めている事例
 例) 事業者は本病院の患者数及び院外処方箋枚数に充分対応可能な設備を整え、緊急時は24時間対応可能な保険調剤薬局を運営すること。

③ 学生の実務実習の受け入れ実績を求めている事例
 例) 同一法人の運営する大学の薬学生の实務実習受け入れ実績を有すること。

④ 資金と運営能力から病院の業務負担を求めている事例
 例) 事業者の資金と運営能力によって病院の調剤業務の軽減を図れる者であること。
 例) 病院の調剤業務への協力・連携体制を提案するものとすること。

⑤ 外観の一体性等を求めている事例
 例) 提案する施設は、当院と隣接するため、外観デザインの調和が重要。建物及び開放通路の外観デザイン設計に際しては、当院設計事業者の意見を取り入れ、当院外観デザインの仕様に合わせてください。

27

(参考) 医療機関の敷地内に開設する薬局を公募する際の要件

中医協 総-3
5. 7. 26

○ 通常、薬局を開設し、保険薬局として指定を受ける際には、薬局開設者は医療機関との独立性を確保しつつ、地域の医療事情を踏まえ、必要とされる薬局の機能を自らが整備して、薬局を開設している。

○ 一方で、医療機関の敷地内に薬局を開設する際には、医療機関側で薬局開設等を行う事業者を公募しているが、薬局の開局時間や機能等に対して具体的な要件を示していることがあり、薬局開設者は、この要件を満たした上で、地域で必要とされる薬局の機能を整備している。(薬局機能に関しては、医療機関の周辺地域において必要な機能がないことから公募している場合もある)

(参考) 医療機関の敷地内に薬局を開設する際に求めている要件の例 (注：公募要件は医療機関により様々)

- **薬局の開局時間等に関する要件**
 - ・具体的な営業時間、開局日 (休日、夜間の体制)
 - ・薬局で備蓄すべき医薬品の種類、品目数
 - ・医療機関の機能に応じた高度な薬学管理を実施できる体制 (例：救急・周産期・がん等の医療を担う圏域の基幹病院に開設する薬局に対して高度な薬学管理のニーズに対応可能な薬剤師の配置を求める、医療機関が受け入れる救急患者の処方箋の応需を求める)
 - ・在宅訪問を行う体制
- **地域における連携体制の要件 (かかりつけ薬剤師・薬局に必要な機能を含む)**
 - ・薬物療法を実施するにあたっての医療機関との連携
 - ・近隣の保険薬局及び関係団体との連携
 - ・行政が推進する事業への協力
 - ・災害時の医薬品供給等の体制整備
 - ・医師会、薬剤師会及びその他の関係機関等との連携
 - ・地域の薬剤師会への入会
- **開設にあたり薬局機能以外に医療機関が求めている要件**
 - ・医療機関の機能の向上に資する施設の整備の提案 (例：薬局以外の施設として、レストラン、カフェ、コンビニエンスストア、会議室、休憩室、医療機関の職員宿舎、ヘリポート等、医療機関が有償で借りる予定の会議室等の設置)
 - ・医療機関の職員の負担を軽減する工夫の提案

28

このような事案が発生してしまったことは誠に遺憾としか言いようがありません。

このような事案が発生した背景には、27 ページ、28 ページにもありますように医療機関側が行っている公募要件にも問題があります。

相変わらず薬局の運営とは関係のない医療機関の施設の建設を敷地内薬局の誘致条件にするものや、逮捕された件に関しては、先日の業界誌報道によれば、20年間、25億4,700万円の家賃等の提案をして出店が決まったとの報道がありました。地元関係者の話では平均家賃の約15から20倍になるとのことです。

今回の改定においては、誘致する医療機関側、開設する薬局側の双方において、さらなる強い対応をすべきと考えますが、

特別調剤基本料の薬局を有する開設者の体制評価（イメージ）

○ 特別調剤基本料を算定する薬局の収益構造や経営実態等を踏まえ、調剤基本料では開設者（グループ）単位での体制評価がなれされていることも考慮すると、敷地内薬局を有する開設者（グループ）として評価することも考えられる。

■ 例えば、敷地内薬局の調剤基本料を特例で引き下げるのではなく、敷地内薬局の調剤基本料は通常の処方箋集中率等で評価するとともに（現行の特別調剤基本料から引き上がる）、敷地内薬局の開設実態に応じて開設者全体の薬局の調剤基本料で調整することが考えられるのではないかと。

※ 特別調剤基本料を算定している薬局における地域支援体制加算/後発医薬品調剤体制加算、服薬情報等提供料の取扱いは、個々の評価の見直しはあり得るとしても、引き続き敷地内薬局に限る措置とすることが考えられる。

40

該当薬局の調剤基本料等での対応には限界があり、別の方法が必要で、資料の40ページ目に示されている対応は1つの方法と考えます。さまざまな側面での対応が必要と考えます。

また、保険薬局の保険医療機関からの独立性については、新規指定時のみではなく更新の際にも、提出されている書類や誘致条件、契約内容などについても、手続きの中でしっかりと確認することが必要なのではないでしょうか。

【地域支援体制加算】

- 調剤基本料1を算定する薬局、調剤基本料1以外を算定する薬局それぞれについて、地域への貢献をより推進する観点から、どのように考えるか。
- また、地域への貢献の観点から、薬局の地域での健康づくりの取組や認定薬局の認定状況等を踏まえ、地域支援体制加算のあり方についてどのように考えるか。

次に、地域支援体制加算についてですが、地域包括ケアシステムのさらなる進展が求められる中、薬局・薬剤師はかかりつけ機能を強化して、地域の医療機関や薬局と連携しながら、薬学的専門性を生かした対人業務を充実させ、地域に必要な薬剤サービスについて積極的に取り組んでいくことが求められています。

地域支援体制加算は、薬局がかかりつけ機能を発揮し、地域に貢献するための体制を評価するものであり、一定の開局復時間、かかりつけ薬剤師の在籍、医薬品の備蓄品目数、在宅の実績、麻薬の提供体制、医療機関や地域との連携体制の実績等を要件とし、調剤基本料によらない施設要件と、調剤基本料の区分による要件があります。

論点の1つ目の丸と2つ目の丸についてですが、薬局がかかりつけ機能を発揮し、地域医療に貢献する薬局の整備は重要で、機能強化に向けて、さらなる推進への対応とそれに向けた検討が必要です。

また、地域において求められる薬剤サービスとして、抗原検査キットの販売など感染症への対応、健康相談、一般用医薬品などの適正な販売、災害時等への対応が求められており、そうした地域貢献への視点も踏まえた評価も必要と考えます。特に禁煙の取組については、2018年の健康増進推進法改正により、薬局は第一種施設として施設内禁煙が義務化されています。地域住民の健康を守るという意味でも、薬局が禁煙指導、受動喫煙対策に取り組んでいくことは重要な視点と考えます。

また、地域連携薬局は薬事の視点での評価であり、単に認定していることを要件にすることは、地域連携薬局が果たしている役割や機能等を踏まえ、慎重に考える必要があります。

また、連携強化加算は、前回改定で導入された項目で、都道府県等と連携して、災害や新興感染症の発生時等に地域への医薬品提供や衛生管理を積極的に対応する薬局を評価するもので、さらなる推進と評価の充実が必要と考えます。

最後にその他の事項についてです。

【その他の事項】

- 対人業務の推進・充実の観点から、処方状況や患者の状態等に応じ、リスク管理計画に基づく患者向けの情報提供資材を活用するなど、メリハリを付けた服薬指導についてどのように考えるか。
- 調剤録に記載すべきとされている服薬指導等の記録について、調剤報酬上は服薬管理指導料における薬剤服用歴が該当するが、薬剤服用歴の記載事項が多く、薬剤師の負担になっていることを踏まえ、必要な情報を記録するという趣旨を維持する範囲内で記載を合理化することを含め、薬剤服用歴のあり方について、どのように考えるか。
- 患者から返却されることを想定した取扱いとされている薬剤の容器に関して、現状の利用実態等を踏まえ、取扱いを見直すことについて、どのように考えるか。

論点の1つ目の丸についてですが、RMP、リスクマネジメントプランは、医薬品の開発から市販後まで一貫したリスク管理を行い、市販後の安全対策の一層の充実・強化を図るために策定されているもので、重要な特定されたリスク、重要な潜在的リスク、重要な不足情報の3つのリスクが記載されており、

それらの情報を活用し、処方内容の分析や指導管理をすることにより、より質の高い薬学的管理指導、市販後の安全対策につながります。

リスクマネジメントプランに基づく患者向け情報資材の使用による指導管理は、より有効で安全な薬物治療のために効果的であり、これらの取組を進めることは重要と考えます。

2つ目の丸についてですが、薬剤服用歴は患者の基礎情報、処方・調剤関連情報、服薬状況、他科受診、併用薬、介護・看護状況、薬物治療の問題点などが経時的に記載されており、患者の指導管理、質の高い調剤業務に欠かすことができない記録です。

今後も質の高い業務のために薬歴の充実は欠かすことができないものですが、調剤（その1）で示された薬歴の記録のためだけの1週間当たりの残業時間は1時間以上が約3割で、3時間以上も要する場合も一定数報告されました。

薬歴は患者指導管理に欠かすことができないものですが、個々の算定にあたり、多くの記載や関連文書を求めるものがあり、行ったことを漏れなく記載しないと算定要件を満たさず、要件の記載が3ページ半にわたるものがあるなど、当日の薬歴がA4、1枚になることも少なくありません。

服薬管理指導料における薬剤服用歴等の記載事項

- 服薬管理指導料における薬剤服用歴等の記載事項は、これまでの調剤報酬改定において記載事項が追加・修正されており、現在は以下の事項等の記載が求められている。
- このような記録は、患者への情報提供や服薬指導等を行う際に参照するために必要なものであるが、薬剤師が行った行為や患者から聞き取った内容等の全てを詳細に時間をかけて記録することを求めるものではなく、必要な要点を記録することが本来の趣旨である。
- なお、記録の負担軽減のためには、要点を記載する工夫だけではなく、デジタル技術の活用等も含め取り組むべきである。

○「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日厚生労働省保険局医療課医療課長・歯科医療管理官連名通知）

区分10の2 調剤管理料

1 調剤管理料

(7) 薬剤服用歴等

薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、次の事項等を記載し、最終記入口から起算して3年間保存すること。なお、薬剤服用歴等への記載は指導後速やかに完了させること。

- ア 患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先）
- イ 処方及び調剤内容等（処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等）
- ウ 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- エ 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）
- オ オンライン資格確認システムを通じて取得した患者の薬剤情報又は特定健診情報等
- カ 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- キ 服薬状況（残薬の状況を含む。）
- ク 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点
- ケ 服薬指導の要点
- コ 手帳活用の有無（手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無。また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめたなかった場合は、その理由）
- サ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点
- シ 指導した保険薬剤師の氏名

69

記録する本来の趣旨に立ち返ると、69 ページ目のような考え方のとおり、全てのことを漏れなく記録するものではないので、業務の質を落とさないかたちで対人業務の充実に結びつけるため、現場の負担軽減となるような合理化と見直しにより、現場の薬剤師や指導監査を担当する方々の考え方を変えていく必要があると考えます。

3つ目の丸についてですが、投薬時の容器については、再利用できるものについては実費を返還することになってはいますが、患者さんも再利用を望んでいませんし、衛生上の観点から再利用ができないのが実態で、衛生上の点、実態からも見直しをお願いいたします。

また、64 ページ目に示されている認知症患者に対する服薬管理の必要性についてですが、認知症の患者さんは軽度でも薬を飲み忘れてたり服用したりすることを忘れて、決められた量よりも過剰に薬を飲んでしまったりということがしばしば起こることから、たとえ1種類の薬でも服薬管理をすることが困難なことが多くあります。

認知症患者に対する服薬管理の必要性

意見交換 資料-2参考1
R 5 . 4 . 1 9

○ 認知症の方は薬の管理を行うことが難しく、一包化して服用時点や服用日を記入することが必須となる。
○ また、一包化や服薬指導などの業務だけでなく、服薬状況をより正確に把握するためには、患者の生活環境の把握を行うことの重要性は高い。

認知症当事者に対する服薬管理業務の主な内容と流れ

<p>処方箋確認・処方提案</p> <ul style="list-style-type: none"> 服用しやすい剤形への変更 服用方法の簡易化 (服用回数を減らす、食前・食後の混在を避けるなど) 服用薬剤数の削減 家族や介護提供者が服薬支援可能な用法・タイミングへの変更 	<ul style="list-style-type: none"> 認知機能が低下するリスクのある薬剤・服用できない薬剤・不眠を起こすリスクのある薬剤の処方中止 副作用発現を受けた処方減量・中止 残薬管理を踏まえた処方量調整 				
<p>調剤</p> <ul style="list-style-type: none"> 一包化の加工 (ライン引き・日付記入) 嚥下しやすいような調剤の工夫 (粉砕、ゼリー使用など) 					
<p>服薬指導</p> <ul style="list-style-type: none"> 当事者個々の状況に合わせた指導 生じうる副作用の伝達 服用忘れ・過剰服用が生じた場合の対処法の事前説明 薬の併用禁忌や相互作用への注意喚起 	<ul style="list-style-type: none"> 外用薬の使用法に対する指導 継続服用の必要性 (自己判断での中止や調整を行わないこと) の伝達 服薬困難な場合の対処法 (粉砕、溶解、服薬ゼリー活用など) の伝達 薬物治療に対する理解度の確認 				
<p>服薬フォロー</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">医薬品管理</p> <ul style="list-style-type: none"> 服薬支援ツールを用いた薬の整理 服薬状況の確認 残薬の管理・回収 副作用有無・程度・変化の確認 薬物間相互作用の確認 一般用医薬品や健康食品などの服薬状況の確認 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">服薬支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 服薬への立ち合い 服薬の介助 (吸入サポートなど) 誤服用への対応 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">生活全般の管理・支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活環境の汚染対策 問題行動への対応 BPSDの治療に関する検討 受診管理 (電話連絡等) リスク因子 (基礎疾患等)・防御因子 (定期的運動、社会参加等) 把握 生活習慣の確認 当事者の不安事項の聞き取り </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;">医薬品管理</p> <ul style="list-style-type: none"> 服薬支援ツールを用いた薬の整理 服薬状況の確認 残薬の管理・回収 副作用有無・程度・変化の確認 薬物間相互作用の確認 一般用医薬品や健康食品などの服薬状況の確認 	<p style="text-align: center;">服薬支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 服薬への立ち合い 服薬の介助 (吸入サポートなど) 誤服用への対応 	<p style="text-align: center;">生活全般の管理・支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活環境の汚染対策 問題行動への対応 BPSDの治療に関する検討 受診管理 (電話連絡等) リスク因子 (基礎疾患等)・防御因子 (定期的運動、社会参加等) 把握 生活習慣の確認 当事者の不安事項の聞き取り 		
<p style="text-align: center;">医薬品管理</p> <ul style="list-style-type: none"> 服薬支援ツールを用いた薬の整理 服薬状況の確認 残薬の管理・回収 副作用有無・程度・変化の確認 薬物間相互作用の確認 一般用医薬品や健康食品などの服薬状況の確認 	<p style="text-align: center;">服薬支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 服薬への立ち合い 服薬の介助 (吸入サポートなど) 誤服用への対応 				
<p style="text-align: center;">生活全般の管理・支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活環境の汚染対策 問題行動への対応 BPSDの治療に関する検討 受診管理 (電話連絡等) リスク因子 (基礎疾患等)・防御因子 (定期的運動、社会参加等) 把握 生活習慣の確認 当事者の不安事項の聞き取り 					

出典: 令和3年度老人保健健康増進等事業「認知症の方の服薬管理」における薬剤師の関わり方、他職種連携等に関する調査研究事業

64

認知症の患者さんは1人での服薬をすることが難しく、薬剤師が患者・家族、かかりつけ医をはじめとする多職種と連携して対応することが不可欠となります。こうした取組が進むよう、評価が必要と考えます。私からは以上です。

○小塩隆士会長 (一橋大学経済研究所教授)

はい、ありがとうございました。ほか、はい、次は長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員 (日本医師会常任理事)

はい。私も、73ページの論点について、いくつかコメントいたします。

【調剤基本料】

○ 薬局の同一グループの店舗数、立地別、処方箋受付回数・処方箋集中度の区分別の収益状況等を踏まえ、調剤基本料について、どのように考えるか。

○ 保険医療機関の敷地内にあり、不動産の賃貸借等の関係にあるいわゆる敷地内薬局に関して、構造設備規制の見直しが行われた平成28年以降の開設状況、当該薬局の収益状況や収益構造のほか、医療機関における公募状況等の関係性やかかりつけ機能の実態等を踏まえ、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

まず、調剤基本料の2つ目の丸については、療担規則、薬担規則の解釈の見直しを行った時点で想定されていた課題であり、物理的距離の利便性ではなく、地域の患者さんに薬物治療の支援で貢献する薬局の評価を今までも手厚くしてきたと認識しております。

規制見直しから10年が経過しようという今、何か対応できるか問われても、限りがあるかもしれませんが、事務局において、特段の提案がありましたら、教えていただきたいと思います。

次に、地域支援体制加算についてです。

【地域支援体制加算】

- 調剤基本料1を算定する薬局、調剤基本料1以外を算定する薬局それぞれについて、地域への貢献をより推進する観点から、どのように考えるか。
- また、地域への貢献の観点から、薬局の地域での健康づくりの取組や認定薬局の認定状況等を踏まえ、地域支援体制加算のあり方についてどのように考えるか。

医薬局が薬機法および薬剤師法で目指そうとする薬局像や薬剤師像は、医療以外の業務が多く含まれているものになります。そういった機能について、どこを医療保険で手当てするのかという視点で、中医協の役割としては切り分けをすることが一層重要になっているように感じます。

最後に、「その他の事項」のはじめの丸です。

【その他の事項】

- 対人業務の推進・充実の観点から、処方状況や患者の状態等に応じ、リスク管理計画に基づく患者向けの情報提供資材を活用するなど、メリハリを付けた服薬指導についてどのように考えるか。
- 調剤録に記載すべきとされている服薬指導等の記録について、調剤報酬上は服薬管理指導致における薬剤服用歴が該当するが、薬剤服用歴の記載事項が多く、薬剤師の負担になっていることを踏まえ、必要な情報を記録するという趣旨を維持する範囲内で記載を合理化することを含め、薬剤服用歴のあり方について、どのように考えるか。
- 患者から返却されることを想定した取扱いとされている薬剤の容器に関して、現状の利用実態等を踏まえ、取扱いを見直すことについて、どのように考えるか。

リスク管理計画に基づく資材の活用が提案されていますが、医療現場においては、客観性が担保された情報を患者さんに伝えることが大事であります。そこで、事務局に質問です。国内の制度に基づき、製薬企業が資材を作成している場合、厚生労働省やPMDAにおいて資材そのものを確認しているのでしょうか。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございます。今、長島委員から2点、ご質問いただきましたが、事務局、いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課・安川孝志薬剤管理官

はい。薬剤管理官でございます。基本料関係、まず敷地内薬局の関係でございます。取り得るいろんな方策というところがございますけども、1つの要素としては今回提案したような基本料の考え方っていうところもあります。

あと、どういった方向、どういうことが考えられるかにつきましては、本日のいただいた意見とか、いうところも踏まえまして、どういった方策が取り得るか整理していきたいと考えているところでございます。

次に、もう1つは情報提供資材の関係でございます。RMP自体はですね、リスク管理計画そのものは新薬承認の際にですね、必要事項というところで、どういうふうにリスクを捉えるかというところを審査の段階でも確認されているというものでございますので、一定程度のちゃんとした情報の質という面では、ある程度、確保されているものというふうに認識しているところでございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

よろしいでしょうか。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。ほかに、ご質問、ご意見ございますでしょうか。はい。松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。それでは、73 ページの論点に沿ってコメント差し上げたいと思います。

【調剤基本料】

- 薬局の同一グループの店舗数、立地別、処方箋受付回数・処方箋集中度の区分別の収益状況等を踏まえ、調剤基本料について、どのように考えるか。
- 保険医療機関の敷地内にあり、不動産の賃貸借等の関係にあるいわゆる敷地内薬局に関して、構造設備規制の見直しが行われた平成28年以降の開設状況、当該薬局の収益状況や収益構造のほか、医療機関における公募状況等の関係性やかかりつけ機能の実態等を踏まえ、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

まず調剤基本料につきましては、健保連は以前からベースとなる基本料を低い水準で一本化し、地域支援体制加算で差をつけるべきだという主張をしてまいりましたが、今回の医療経済実態調査の結果を見ましても、店舗数、立地、処方箋の受付回数や集中度によって損益率に違いがあることが改めて確認されました。

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料 中医協 総-3
5. 7. 26

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中度が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある

医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

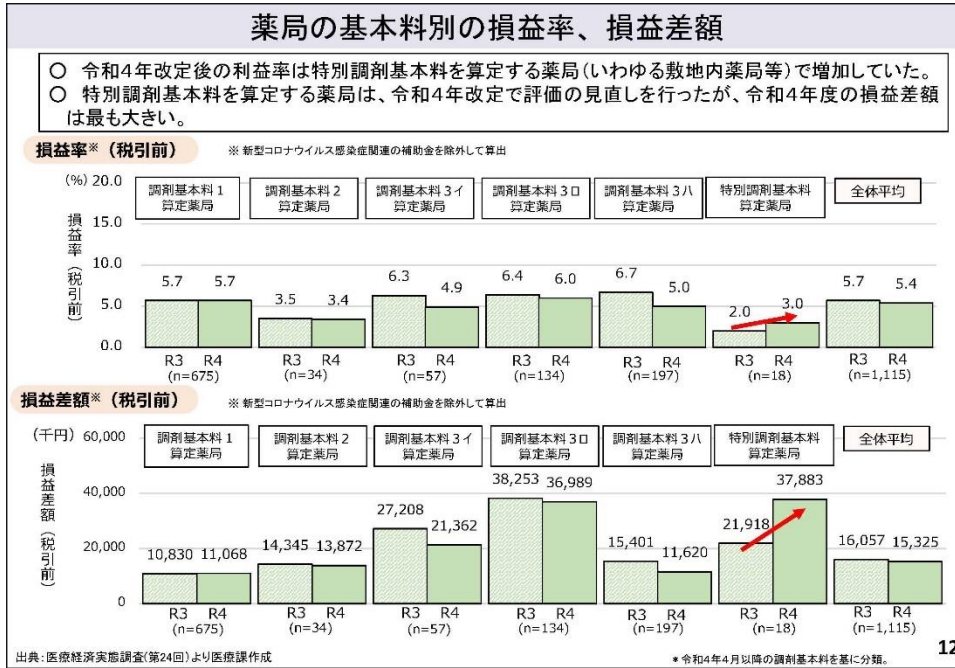
- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価
→ 体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定

<施設基準>

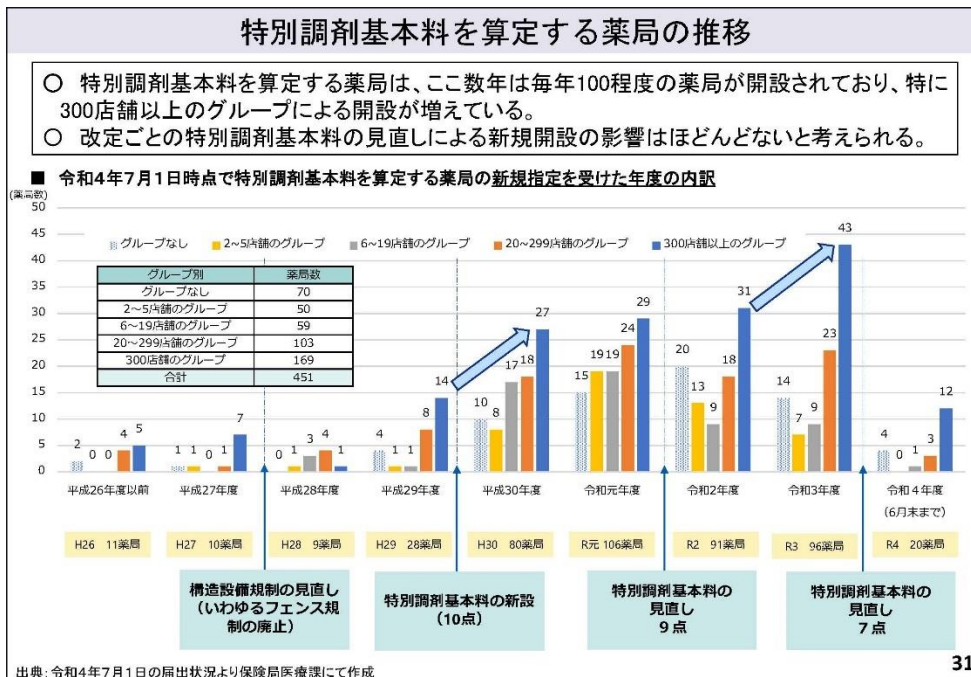
- (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
→ 調剤基本料等に加し、評価的基準を設定
- (2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、薬学指導を行っている
- (3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
- (4) 一定期間以上の開業
- (5) 十分な数の医薬品の備蓄、調剤
- (6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の有無提供
- (7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
- (8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
- (9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
- (10) 医療安全に資する取組実績の報告
- (11) 集中度85%以上の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

- 災害時・新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制整備を行う薬局を評価
→ 地域支援体制加算の上乗せとして連携強化加算を設定
- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価
→ 後発医薬品の調剤数量割合に応じて後発医薬品調剤体制加算を設定

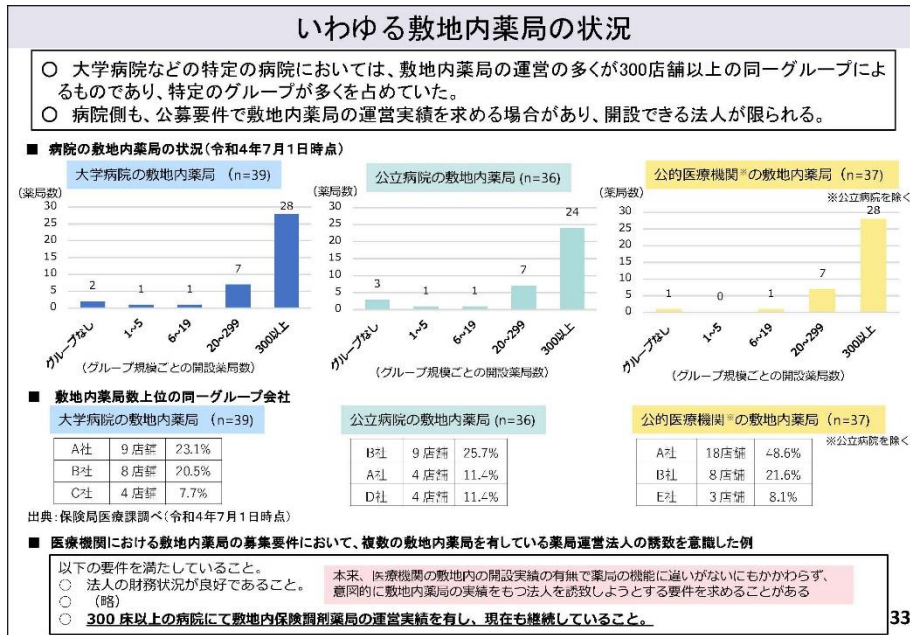
したがって、基本料の一本化を将来的な課題として認識しつつ、当面は3ページの左側に示されております経営効率に着目した評価という観点で、引き続き基本料を適正化する余地があるというふうに考えております。



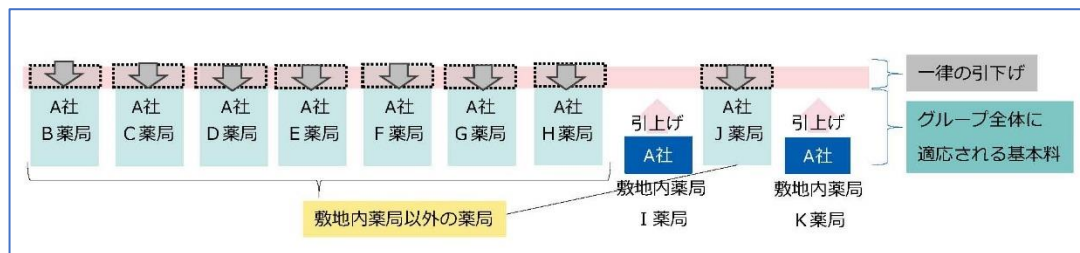
また、特別調剤基本料を算定する、いわゆる敷地内薬局についてでございますが、資料 12 ページを見ますと、令和 4 年度に損益率が増加し、損益差額がほかの調剤基本料の薬局に比べて高いことがわかります。



また、31 ページを見ますと、これまでの改定で適正化を図ってきたにもかかわらず、この特別調剤基本料を算定する薬局が毎年かなり増加しており、医療機関からの独立性という観点で望ましい姿とは言えませんが、今や1つのビジネスモデルとして確立された印象さえ受けます。



特に、33 ページを見ますと、大学病院をはじめとする基幹病院が300店舗以上のチェーン薬局と密接に関係している構図も見てとれます。

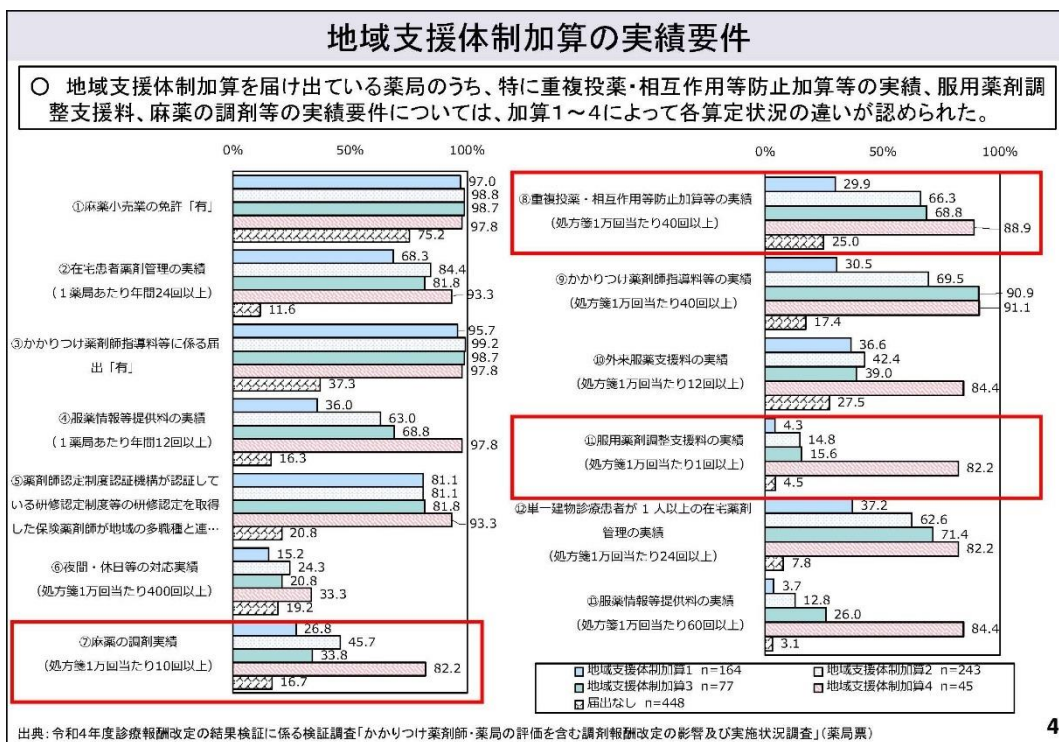


一方で、特別調剤基本料の点数を引き下げることに限界がありますので、40 ページにご提案のあるようなグループとして調剤基本料を調整することも選択肢になるというふうに考えます。

【地域支援体制加算】

- 調剤基本料1を算定する薬局、調剤基本料1以外を算定する薬局それぞれについて、地域への貢献をより推進する観点から、どのように考えるか。
- また、地域への貢献の観点から、薬局の地域での健康づくりの取組や認定薬局の認定状況等を踏まえ、地域支援体制加算のあり方についてどのように考えるか。

続きまして、地域支援体制加算についてでございますが、地域医療への貢献度に応じた評価となるよう、実績要件を見直す方向で検討すべきです。



例えば、46 ページを見ますと、重複投薬・相互作用等防止加算、服薬調剤支援料、麻薬調剤などの実績に差がございますので、こうした実績を指標としてメリハリを利かせることも考えられるというふうに思います。

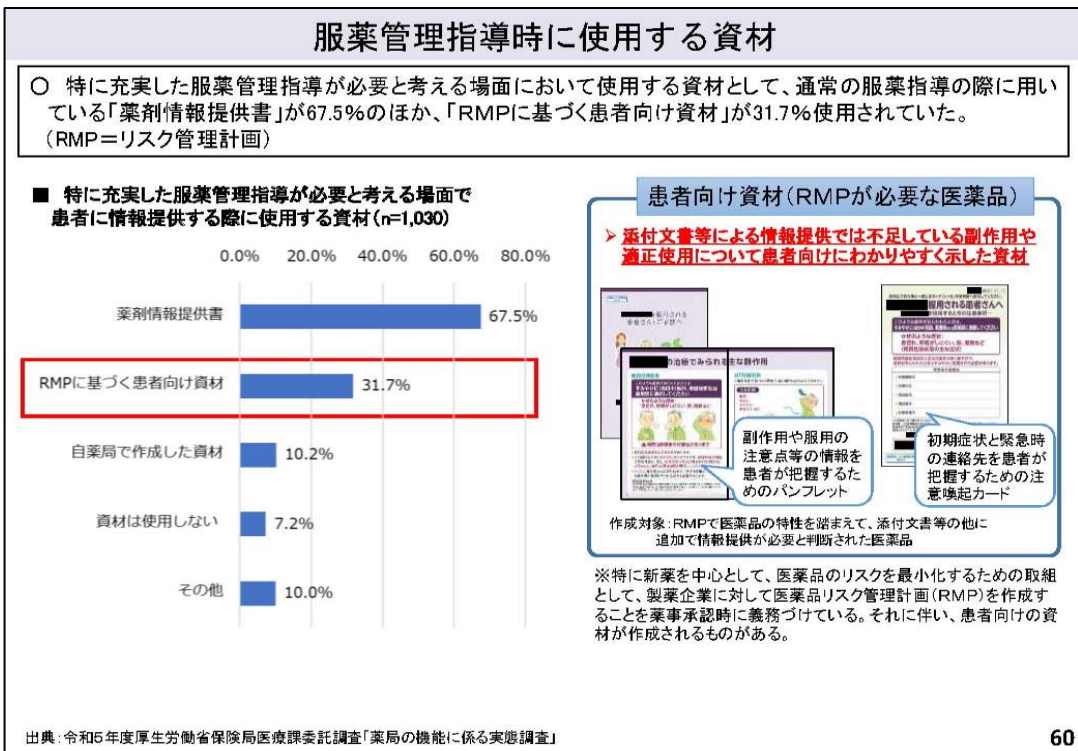
また、夜間・休日の実績については総じて実績が低くなっておりますけども、例えば、医療機関の当番医制度のように地域、面で対応していくということであれば、そうしたものをそれなりに広報・周知してですね、一般市民にもわかるようにしていただくことが結構、重要ではないかというふうに考えております。

また、地域貢献の視点として、新たな項目があれば要件として追加することも検討する余地は十分あるというふうに考えております。

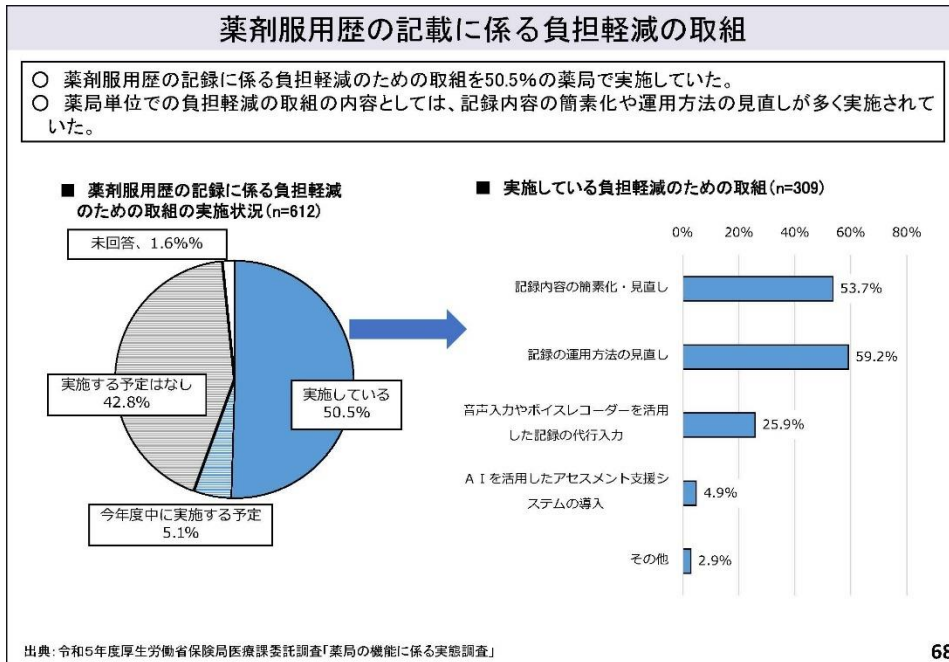
【その他の事項】

- 対人業務の推進・充実の観点から、処方状況や患者の状態等に応じ、リスク管理計画に基づく患者向けの情報提供資料を活用するなど、メリハリを付けた服薬指導についてどのように考えるか。
- 調剤録に記載すべきとされている服薬指導等の記録について、調剤報酬上は服薬管理指導料における薬剤服用歴が該当するが、薬剤服用歴の記載事項が多く、薬剤師の負担になっていることを踏まえ、必要な情報を記録するという趣旨を維持する範囲内で記載を合理化することを含め、薬剤服用歴のあり方について、どのように考えるか。
- 患者から返却されることを想定した取扱いとされている薬剤の容器に関して、現状の利用実態等を踏まえ、取扱いを見直すことについて、どのように考えるか。

「その他の事項」についてでございますが、特に服薬管理が必要な患者に対して、60 ページにあるようなリスク管理計画等のツールを活用することは取組として進めていただきたいというふうに考えます。



また、68 ページでございます薬剤服用歴のあり方については、オンライン資格確認システムの活用なども踏まえ、適切に情報を把握できることも前提としながら、薬剤師の業務負担を軽減する方向で進めていただきたいと考えます。



また、71 ページにあります薬剤の容器については、返却されたものはほとんど再利用されていない実態や衛生面を踏まえ、廃止すべきというふうに考えます。私からは以上でございます。



○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかに、ご質問、ご意見ございますでしょうか。
はい。眞田委員、お願いいたします。

○眞田享委員（経団連社会保障委員会医療・介護改革部会長代理）

はい、ありがとうございます。私からは論点のその他の事項の2つ目の丸についてコメントをさせていただきたいと思います。

【その他の事項】

- 対人業務の推進・充実の観点から、処方状況や患者の状態等に応じ、リスク管理計画に基づく患者向けの情報提供資料を活用するなど、メリハリを付けた服薬指導についてどのように考えるか。
- 調剤録に記載すべきとされている服薬指導等の記録について、調剤報酬上は服薬管理指導料における薬剤服用歴が該当するが、薬剤服用歴の記載事項が多く、薬剤師の負担になっていることを踏まえ、必要な情報を記録するという趣旨を維持する範囲内で記載を合理化することを含め、薬剤服用歴のあり方について、どのように考えるか。
- 患者から返却されることを想定した取扱いとされている薬剤の容器に関して、現状の利用実態等を踏まえ、取扱いを見直すことについて、どのように考えるか。

7月に議論がありましたときに発言をさせていただきましたけれども、薬剤の服用歴の記載に関する負担は診療報酬上で追加的に評価するのではなくて、

まずは記録作業の効率化、あるいは負担軽減を図っていくべきだというふうに考えております。

論点にありますように、必要な情報を記録するという趣旨を維持する範囲において、記載の合理化を進めるということについて賛同するものであります。以上でございます。

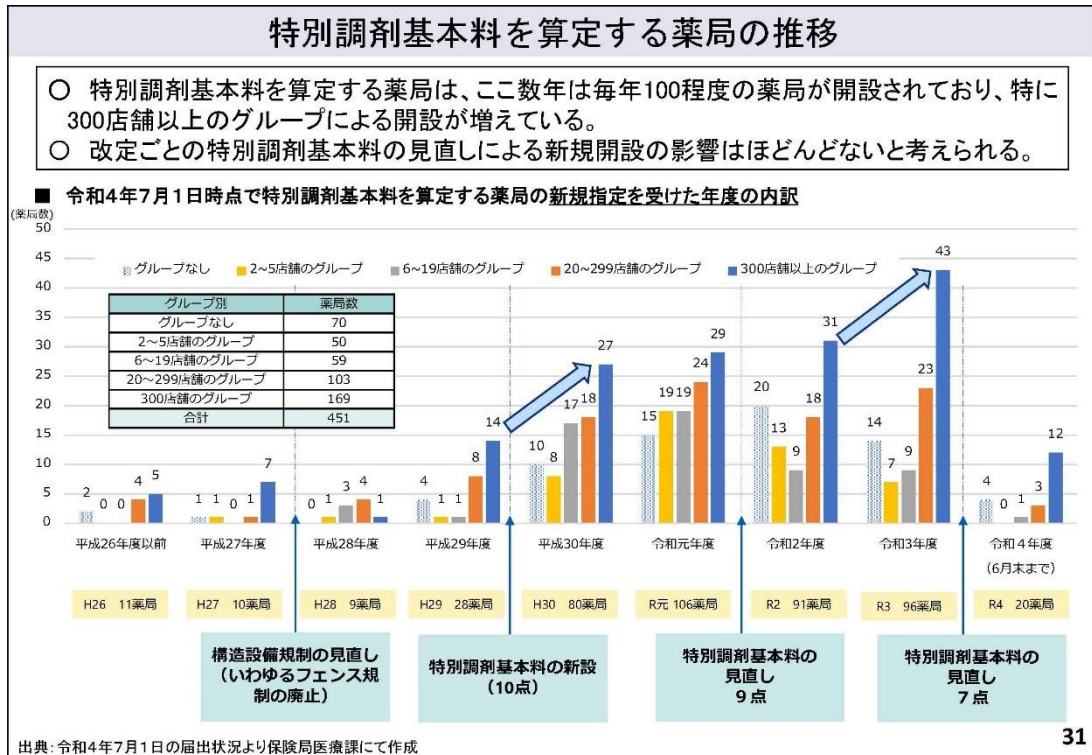
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかは、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

はい、飯塚委員、お願いいたします。

○飯塚敏晃委員（東京大学大学院経済学研究科教授）

はい。1点、伺いたいんですが、31ページの所にですね、敷地内薬局が非常に増えていて、毎年100程度、どんどん開設されてるということで、かなり大きな流れになっていると思いますけれども。



診療側に伺いたいのですが、これは大きな病院等でですね、それまで病院内で行っていた薬局機能というものを外注するという方向で進んでいるように見えるんですけれども、

これは、どういうふうな背景でですね、そういうかたちになっているのか、もし、おわかりの点がありましたら教えていただけますか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

飯塚委員から、ご質問がございましたが、お答えできますでしょうか。どなたか。それでは、森委員、ご質問に対するご回答をお願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい。ありがとうございます。病院側のことなので、病院から、どういうこういうことを出してるかということまでは承知してないんですけども、

病院のほうから、特に大きな病院の場合には、こういうように、敷地内薬局を誘致するからということが、例えばホームページ等で案内されて、その条件が出されて、それに薬局が応募するっていうかたちで、このようなかたちになってるというふうに理解をしております。

○飯塚敏晃委員（東京大学大学院経済学研究科教授）

はい、ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、じゃ、太田委員、お願いします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

ありがとうございます。先ほど、「院内処方から敷地内薬局へ」という話ではなくて、基本的にはもう既に院外処方に振っているところがほとんどの大学病院、公立病院、それを新たに敷地内に戻すというようなかたちの流れなんだろうというふうに認識してます。

一番の理由は、やはり病院の経営状況だろうというふうに私は率直に思います。実調でも出てきておりますけれども、公立病院、大学病院の経営状況っていうのは非常に厳しい中で、生き残りを模索する中で、やむを得ずというようなところが多いのではないかとこのように認識しております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい。私も全く今の太田委員と同じことをコメントしようと思います。院内から院外ではなくて、もう既に院外には複数の薬局がもう点在して既にある中で、敷地内薬局がフェンスの規制緩和で撤廃されたということで、院内に入れた

じゃ、何がメリットがあるかと言うと、近いっていうメリットもありますけど、それと同時に、私が見聞きしてる感じでは、それと、院内に薬局を持つことと同時にその設備、例えば駐車場を一緒に建てるとか、いろんな付帯の設備を合わせて建築している。その費用がどういう関係があるのか等々はいくつか資料に示してはありますけども、病院ごとに違うんだと思いますけども、そういう、いろんな付帯的なメリットも考えて契約をされて、敷地内薬局。本当に大手、の大きな公的・公立病院がどんどん、そういうふうになってるってのは地方でもおこなっている現実です。

ちょっと、それ以外のこともコメントしますが、もともと、この調剤ってのは、本来は病院・診療所が薬で儲けてるのはおかしいよねって言って、院外処方に出したってのがきっかけだと思いますけど、それから、それで、ほとんどもう、日本も病院の機能と調剤は分けた。

そして、それで、ちゃんと面で、かかりつけ薬局が育ってくればいいんですけども、それがまた、患者の利便性という名のもとにまた病院に近づいてきて、院内に認められてなってきた。患者さんにとっては、特別調剤基本料、安くなればなるほど患者さんの負担は減るんですね。「近くが安いよね」って言って、そこの近くに行くっていう、そういう行動につながることもあるので、適正化だけでうまくいかないこと、ことではない（ママ）と思います。

一方で、私はビジネスモデルっていう、さっき、松本委員がおっしゃったように、まさにビジネスモデルで、決して違法ではないんですよ、現状。

だから、これを10年間ほっといた、われわれにも責任があるんじゃないか。ここをちゃんとした、かかりつけ薬局を育てるためにどうしたらいいかってことを待たなして、やっぱり議論しなきゃいけないんじゃないかと。これは個人的な見解ですけども、感じてます。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかは、よろしいでしょうか。はい、森委員、お願いします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい。いろいろありがとうございました。松本委員から指摘がありました地域支援体制加算の実績要件とか、どれも重要な項目だというふうに思っております。

ただ、この中には薬局の努力だけで、算定が増えることができないものもありますけども、非常に重要なものですので積極的に取り組んでいきたいというふうに思っています。

また、夜間・休日に関しては、今後、非常に重要でですね、ただ、薬局、小規模な所が多いので、そこはやっぱり自薬局での対応を基本とした上で地域の中でどういうふうに体制を組んでいくかということも、もう1つ重要な視点だと思っております。

それから、そのことをきちっと患者であったり地域住民、それから医療関係者にしっかり周知をしていくことっていうのも重要だというふうに思っております。

また、長島委員のほうからRMPに関して意見がございましたけど、私、薬局としても、なんでもかんでも、そういうものを使うんじゃない。きちっと薬局でその情報を吟味した上で、今、使ってるとこで。

先ほどのコロナ治療薬なんですけど、異常行動が出るっていう、異常行動って言っても、患者さん、なかなかそれじゃあ、どう行動していいかわからないってことになりますんで、よく以前、タミフルで異常行動が出て子どもさんへの指導だったんですけど、例えば、子どもさんが2階に出てるのであれば、異常行動を起こすと飛び降りるってことがありますので、1階に寝せて必ず目を離さないでくれとかです。そういう具体的な指導をするときに非常に有用な資料となっておりますので、きちっと評価した上で、そういうものについては作っていきたいというふうに思っております。

あと、敷地内薬局に関しては、意見が出てましたけども、本当に今、国の考えている地域包括ケアシステムの逆行となるものなので、これに関しては、しっかりと対応することが必要ではないかというふうに思ってます。

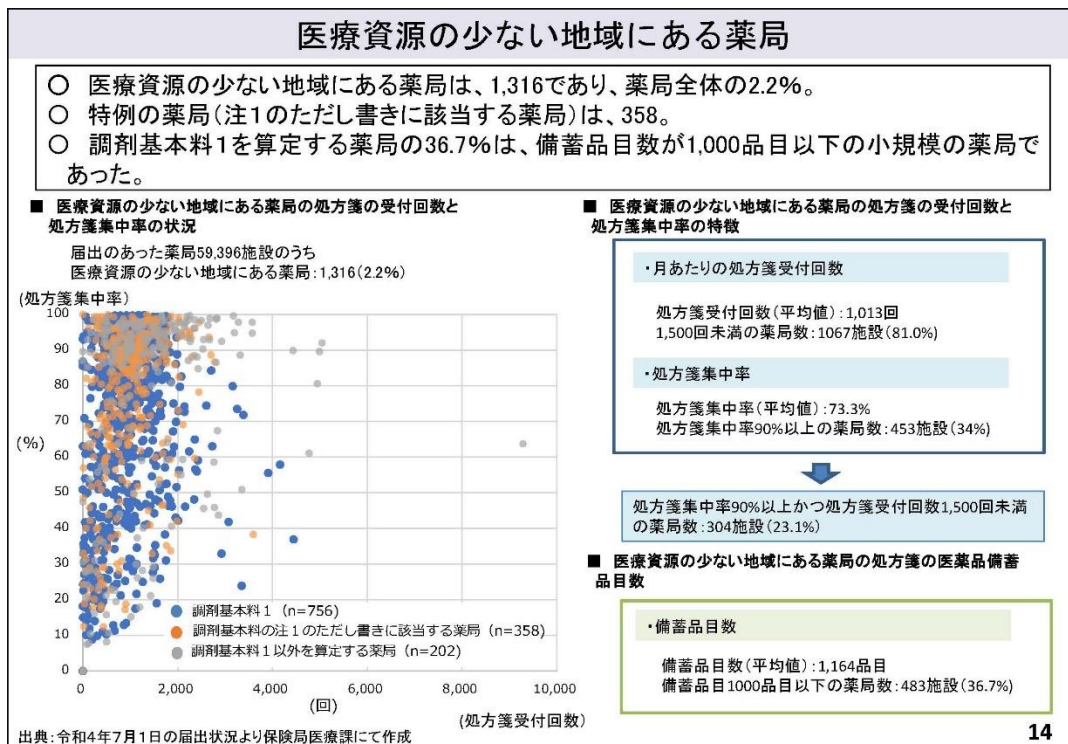
今後の地域包括ケアシステムの中で多職種等と連携をしながら、しっかりと薬剤師サービスが提供できるようにしていきたいというふうに思ってます。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

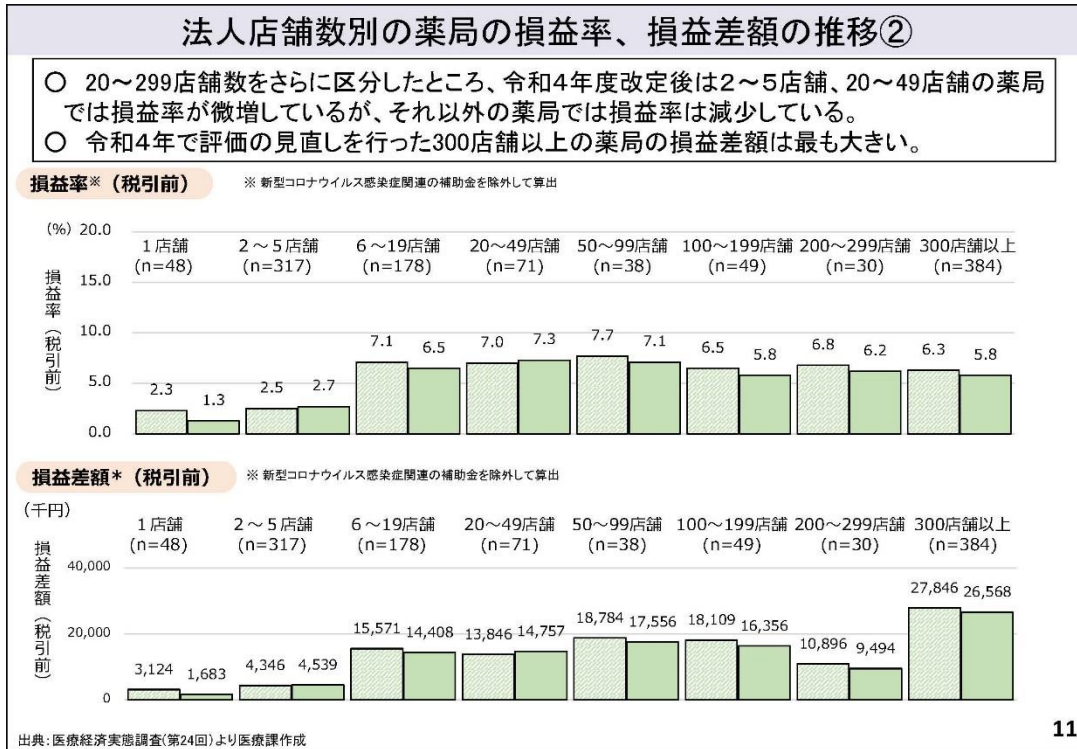
はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい、飯塚委員、お願いします。

○飯塚敏晃委員（東京大学大学院経済学研究科教授）

すいません。14 ページの所に医療資源の少ない地域にある薬局という議論がありまして。



今後ですね、人口が地方の都市でどんどん減少していきますので、こういった非常に周囲に医療資源がない所の薬局っていうのはどんどん増えていくということが考えられると思いますので、こういったところをしっかりと維持するというのは、やはり重要なのかなというのは思いました。



一方で、11 ページのほうの資料を見ますと、その薬局の損益率がこの中に入っているのかどうなのか、ちょっとよくわからないですけども、

同じような1店舗、2店舗であっても、こういった医療資源の少ない地域にある薬局と、そうでない薬局はかなり状況が違うのかと思いますので、そういう観点も考慮が必要かもしれません。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかは、いかがでしょうか。

はい。ほかにご質問等ないようですので、本件に係る質疑はこのあたりとしたいと思います。今後、事務局におかれましては本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。

それで、次の議題に移る前に、ちょっと訂正とお願いがございます。

先ほどの「総－１」、基本問題小委員会からの報告ですけれども、この件は承認事項でございました。大変失礼いたしました。

それで、改めて確認していただきたいんですけども、先ほどの、この質疑、特にご意見ございませんでしたので、この小委員会からの報告につきましては中医協として承認するということがよろしいでしょうか。改めて確認させていただきたいと思うんですけど、よろしいでしょうか。

はい、ありがとうございます。大変失礼いたしました。それでは、次の議題に移ります。