

ポイント

- お手盛りや前例踏襲の報酬改定は避けよ
- 現状の門前薬局は専門的な介入が不十分
- 医療費の無駄削減や患者の健康に貢献を

駒村 康平 慶応義塾大学教授

2013年度に初めて40兆円を超えた国民医療費は、団塊世代が75歳になる25年には54兆円に達すると予想され、さらに増える可能性が高い。国民医療費は、医療サービス単価と医療サービス量により決定される。医療サービス単価は、診療報酬と薬価で決まる。診療報酬は、医療機関などにとってはサービスの対価だが、政府にとっては政策誘導手段の側面を持つ。診療報酬は、医師の人的費などの「技術・サービス評価」部分である診療報酬本体とモノ

療保険制度の守備範囲が急性疾患・入院医療・侵襲（からだに負担の大きい）治療・治療などから、慢性疾患・外来在宅医療・薬物治療・療養にシフトしていくことに対応した診療報酬改定にすべきだ。



場当たりの改定や、政治的な理由によるお手盛りの改定、これまでのように医科・歯科・調剤の配分比率を「1対1・1対0・3」とするような前例踏襲的な改定は大幅に見直すべきである。

国民医療費のうち7兆2千億円を占める調剤医療費には多くの課題がある。特に調剤医療費のうち、薬剤師の調剤技術料は約1兆8千億円（調剤基本料約4900億円、調

剤料約1兆円、薬学管理料約3300億円）にのぼる。まずこの部分の改革が必要だ。先進諸国では完全な医薬分業となっているが、わが国では医療機関が薬価差益を得るため医薬分業を妨げてきた。その対策として、院外の薬局が積極的に調剤業務に取り組みよように診療報酬上多くのインセンティブ（誘因）を設け

た結果、医薬分業は進んでいる。処方箋数の約69%が院外薬局による処方となった。だが分業率が高まるにつれて、薬局は利益率の高い調剤業務（対物業務）に集中するようになった。一方、利益率が低いOTC（一般薬品）の取り扱い、残薬処理など服薬状況把握、副作用回避介入、チーム医療の専門的支援などをほとんど手掛けない門前薬局が医療機関の門前にあふれている。約5万8千の薬局のうち、調剤業務に特化した門前薬局は758割に達する。

しかし、医療機関の前にさえあればよく、患者は薬剤を得るのみで、薬物治療のマネジメントなどの対人サービスを手掛けないという立地依存型・対物業務中心の薬局は、本来の薬局・薬剤師の機能を果たしていない。多くの国民が、医薬分業が費用の割に何もメリットがないと感じるのは、薬局・薬剤師が患者につ

減薬を試みて適切な薬物療法を実現することは可能だ。在宅患者の有害事象に対し薬剤師による介入改善効果を確認した研究もある（図参照）。

薬局の現状については今年3月、内閣府規制改革推進室により医薬分業における規制の見直しが議論された。しかし、単純に医薬分業制度をやめて院内の処方が進み、薬剤師の独立性が弱まれば、薬剤師による積極的な介入が少なくなり、不適切な薬剤処方の改善が進まず、国民の健康水準を低下させ、かえって医療費にとどまらず介護費まで無駄に増やす恐れがある。

ことを意図している。外来と在宅の患者は高齢者が大多数を占め、そのほとんどが慢性疾患の患者で、治療の中心は薬物治療になる。慢性疾患の薬物治療では、専門家である薬剤師の積極的な役割が期待される。そのためには、薬剤師と医師の間での患者情報共有が不可欠である。財務省の財政制度等審議会では、調剤料の定額化など大幅な減額を求めている。基準調剤加算の算定要件も厳格化して、かかりつけ機能を果たしている薬局を重点評価することとし、薬剤服用歴管理指導料の算定要件については、継続的で一元的な管理指導をしている薬局に限り高い点数が算定できるように見直しを求めている。これらはおおむね妥当な提案であろう。

対人サービス強化を

患者情報、医師と共有必須

診療報酬改定の論点①

薬局・薬剤師の役割見直し



価格である薬価などで構成され、政府は診療報酬の設定により医療機関や薬局の行動に影響を与えることができる。診療報酬は2年に1回改定される。現在、次回の16年度の改定に向けて政府内での議論が進んでいる。政府の「経済財政運営と改革の基本方針2015」では、社会保障費の増加分は高齢化による増加分に相当する伸びの範囲にとどめる方針としている。

薬剤師が患者に提供するサービスは、薬学管理料約3300億円にのぼる。まずこの部分の改革が必要だ。先進諸国では完全な医薬分業となっているが、わが国では医療機関が薬価差益を得るため医薬分業を妨げてきた。その対策として、院外の薬局が積極的に調剤業務に取り組みよように診療報酬上多くのインセンティブ（誘因）を設け

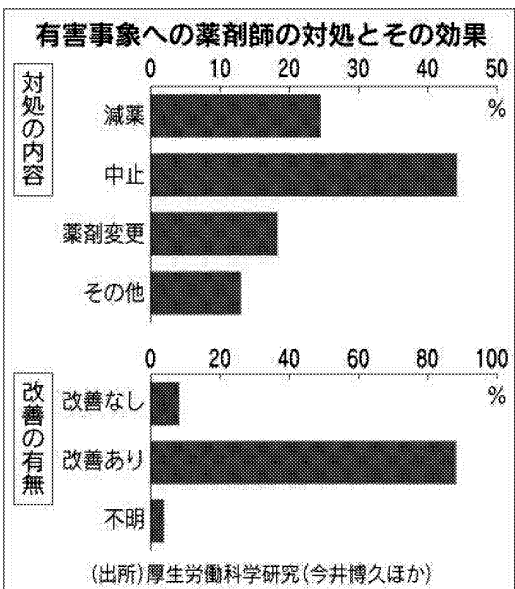
いて何も知らず、薬剤を手渡すのみで専門的な介入が全くできない単なる「販売・流通業」となっているからである。調剤を巡っては、500億円にのぼる大量の残薬問題や不適切な薬剤処方による健康被害が報告されている。さらに高齢者医療では、患者は10〜20種類もの薬剤を処方されている場合があり、処方される数が増えるほど有害事象が増加するという報告もある。多剤処方の根本原因は、患者が訴えるたびに医師が処方することにあり、特に、高齢者は内科、整形外科、皮膚科などを受診し、その都度、薬剤を処方され積もり積もって多剤処方を受けることになる。医師は多忙なため、そうした多剤処方の改善に介入できないという。一方で、薬剤師が薬物効果や薬物動態などの観点から多剤処方を整理し、

そこで「かかりつけ薬局」による「健康サポート機能」が強調されている。すなわち、かかりつけ薬局・薬剤師に要請される機能として、薬物療法のマネジメント、地域への積極的な関わり、地域に根差す薬局になるための服薬情報の一元管理・24時間対応・在宅対応、かかりつけ医・医療機関との連携強化などが提案されている。

チーム医療の中で薬剤師が患者情報を共有化し、処方再設計や薬物治療のマネジメントを責任と権限を持って実施する。将来は多剤処方や不適切処方の回避、有害事象の予防などを手掛け、また後発医薬品（ジェネリック）やリフィル処方（症状が安定した場合、一定期間、反復使用できる処方箋）を管理して、その成果として医療費の無駄を減らし、同時に患者の健康状況の向上に貢献する方向性を明確にすべきである。

その際、当然ながら患者側に対しても、かかりつけ薬局やお薬手帳を利用するようないんセンティブ付与や、薬局が少ない地域でも零細薬局の経営が維持できるような工夫をする必要がある。

こむら・こうへい 64年生まれ。慶大院博士課程単位取得退学。専門は社会保障



診療報酬見直しによる政策変更が実効性を持つまでには一定の時間がかかる。25年まで残り10年足らずとなる「16年度診療報酬改定」は、今後の医療保険制度の持続性を左右する歴史的な改革として、長期的な視点から考える必要がある。すなわち短期的な医療費抑制のみに固執せず、医