

秋の年次公開検証「秋のレビュー」（3日目）

診療報酬（調剤技術料）

平成29年11月16日（木）

内閣官房 行政改革推進本部事務局

○出席者

司 会：山根行政改革推進本部事務局次長

梶山弘志行政改革担当大臣

長坂康正行政改革担当大臣政務官

評価者：佐藤主光評価者（取りまとめ）、石井雅也評価者、石堂正信評価者、  
河村小百合評価者

参考人：伊藤由希子参考人

府省等：厚生労働省、財務省

○山根次長 それでは、本日午後、2番目のセッションを始めたいと思います。

「診療報酬（調剤技術料）」でございます。

まず評価者を御紹介いたします。

佐藤主光、一橋大学国際・公共政策大学院教授でございます。取りまとめをお願いします。

石井雅也、太陽有限責任監査法人パートナーでいらっしゃいます。

石堂正信、公益財団法人交通協力会常務理事でいらっしゃいます。

河村小百合、株式会社日本総合研究所調査部上席主任研究員でいらっしゃいます。

本日、参考人として、伊藤由希子、津田塾大学総合施策学部准教授をお招きしております。

政務の出席は、梶山大臣、長坂大臣政務官でございます。

出席省庁は、厚生労働省、財務省主計局も参加しております。

それでは、まず行革事務局より説明します。

○事務局 それでは、資料に沿って、御説明いたします。

「診療報酬（調剤技術料）」行革事務局作成の資料を1枚おめくりいただきまして、1枚目を御覧ください。

診療報酬の内容は、多岐にわたりますけれども、その中で、近年、伸びの大きい、薬剤師さんの技術料をこれを取り上げます。

現在、厚生労働省が目指している薬局として、かかりつけ薬剤師・薬局というものがございまして、患者さんが複数のお医者さんにかかったときに、1か所の薬局で、薬の重複がないか、適切な投薬となっているか、残薬となっていないかなどを管理するなどとして、患者本位の薬局として、安全性・有効性を確保し、医療費の適正化を図ろうとしております。

2枚目を御覧ください。病院内で薬を処方されたときと、病院の外で薬を処方されたときのコストの差を示したものでございます。薬剤料を同じとした場合の平均的な技術料で、院外のほうが、院内よりも約3倍程度高いという調査結果でございます。

図のピンク色で示している部分が、薬局でのコストでございまして、このうち、調剤料と調剤基本料を調剤技術料と呼んでおります。

3枚目を御覧ください。薬局は、近年、増加しておりまして、その多くは、病院の近くに立地する、いわゆる門前薬局、多店舗展開のできる大手チェーンが増加し、収益率が高くなっているようございまして。この状況は、先ほど申しました、かかりつけ薬局が実現しているとは、必ずしも言えないのではないかと考えられます。

調剤基本料として、書いてございますけれども、処方箋受付1回当たりの料金で、基本は410円でございますが、薬局の処方箋受付回数や特定病院からの集中度合いが大きくなると、低い料金が適用されることになっております。

4枚目を御覧ください。こちらは、全国で無作為抽出した自治体での薬局についての調査結果でございます。縦軸に特定の病院からの処方箋の集中度、横軸に1か月当たりの処方箋受付回数をとっていますが、これを見ると、特定の病院から処方箋が50%以上集中する薬局は、全体の約7割を占めておりまして、処方箋受付回数が少ない小規模薬局でも、大規模なグループに所属しているところが、少なくないことがわかります。

また、9割の薬局は、基本の410円が適用されております。

5枚目を御覧ください。今、調査した薬局の分布を示したものでございます。

左上に薬局が集中していることがわかります。そこに属する薬局の約7割がグループ経営でございまして、これらも基本的には410円が適用されている状況になってございます。

6枚目を御覧ください。多店舗を展開するグループに所属する薬局は、経営効率が高いと考えられ、収益性が高い傾向にあることがわかります。

最近では、グループ内の薬局間で、集中率を低く見せるために、処方箋の付け替えなどの不正を行っていた事例がございました。

7枚目を御覧ください。以上を踏まえました論点でございますが、一つ目は、調剤技術料は、薬局のどのような機能や付加価値を評価して設定されているものなのか。また、調剤報酬により生じる院内処方と院外処方のコスト差は、薬局の実態や院外処方の付加価値に照らして、妥当な水準と言えるのかということでございます。

二つ目は、薬局の果たす機能、薬局の形態による収益性の差異を踏まえ、現在の調剤基本料の設定の在り方は適正と言えるのかということでございます。

以上で、事務局からの説明を終わります。

○山根次長 次に、厚生労働省から、5分厳守でお願いします。

○厚生労働省 それでは、説明させていただきます。

1ページ目を御覧ください。調剤技術料の評価内容と患者メリットでございます。薬局の薬剤師は、処方箋に基づきまして調剤を行って、医師と薬剤師が独立した立場で業務を分担して、薬物療法の有効性及び安全性の向上を通じて、国民医療の質的向上を図るとい

うところにあります。

また、薬局の薬剤師は、患者さんの薬歴を管理して、重複投薬、相互作用の有無を確認して、患者に適した薬となるよう、医師と調整するとともに、薬の効果、副作用、用法などについて、患者に説明するということがあります。

こういった点を評価しているところでありまして、具体的な内容は、下に示したとおりです。

2 ページ目を御覧ください。院内と院外の評価の違いというところが、論点として挙げられております。

青いところを見ていただきますと、院内で、例えば、調剤技術基本料につきましては、外来は8点、入院は42点という形で設定されております。また、共通的な経費につきましては、医療機関全体としての初診料、再診料に包含されるものと考えております。

一方で、院外の薬局は、41点という形です。

また、調剤料につきましては、院内の場合、外来は9点なのですけれども、ここについては、実施者が薬剤師か否かにかかわらずということになっております。したがって、薬剤師によるダブルチェック機能は求められていない状況の点数であります。

また、入院については、1日7点という形になっております。

薬局については、日数、剤数に応じて、1日5点からということで、それを積み上げるという形の点数になっているということでもあります。

また、その下の薬剤管理指導料で、入院につきましては、週1回で320点を算定できる形になっておりまして、一方で、薬局は、38点または50点になっております。それぞれの業務に応じての点数ということで、設定されているということございます。

院内は、外来については、独立しておりまして、薬剤情報提供料ということで、13点という形になっています。

また、その下にありますとおり、院内と院外では、医薬品の備蓄数という面では、薬局は非常に多くの品目を扱うということ、そして、7剤以上の処方回数という点で見ますと、多剤処方というものは、院内では手間もかかりますので、その分、院外に出ているということで、それだけの管理をしなければいけないところも多いということだと思います。

次を御覧ください。3 ページです。院内処方と院外処方の費用の差ということで、これは財政制度分科会資料の一部を取り出ささせていただきますと、調剤の部分と比較したものであります。

調剤料については、2,400円ということで、3剤、28日分です。3剤というのは、剤という概念は、1日3回であれば1剤というものを1剤、1日に1回であるものをまた別の1剤とするという数え方なのですけれども、3剤、28日分ということで、そうしたものに対応した形で、こういった医薬品が処方されるだろうということを想定して、先発品を使用した場合、後発品を使用した場合で、どれぐらいの差が出るかということで、7,280円としておりますが、これを下の四角にありますとおり、薬局は後発品の調剤割合が67.4%、診

療所が35.9%であるというところから医療費適化効果というところでみますと、あともう一つ、方括弧2の重複投薬・相互作用の防止等で315円と。これは福岡市の薬剤師会と福岡大学で連携して出した数値なのですけれども、その程度あるということですので、これを合計すると、2,608円ということで、差引きとしては、500円分あるわけですが、一番左の薬物療法の有効性や安全性の向上といった、金額では換算できない部分を500円以上の効果はあるのではないかと考えられます。

次、4ページ、いわゆる門前薬局の調剤報酬の適正化ということで、これは28年度改定の際に、調剤基本料3ということで、グループ全体の処方箋枚数が月4万回を超えて、処方箋集中率が95%を超えるような薬局というものについて、さらに低い、調剤基本料3という形で、20点を設定したということであります。今後、その辺の収益性ですとか、医薬品備蓄の効率性などを踏まえながら、この辺については、さらに検討していきたいと思っております。

最後、5ページです。医薬分業の進展と薬剤費比率の推移ということで、これは御参考であります。平成5～6年当時から平成10年過ぎぐらいまで、一気に医薬分業が進んだ時期がありますが、その時期は、国民医療費に対する薬剤費比率もぐっと下がってきた実情があるということで、あくまでこれは御参考でございますが、こういったデータもございましてということをお示しします。

以上です。

○山根次長 ありがとうございます。

それでは、議論に入りますが、冒頭、医療経済に精通しておられます、伊藤由希子参考人から、現在の調剤技術料についての知見を御紹介いただきまして、その後の議論の参考にさせていただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○伊藤参考人 よろしく申し上げます。

私からは、補足として、そもそも私たちはどれぐらいの調剤技術料を支払っているのかという点をお話したいと思っております。

直近の統計では、年間で約8.3億枚の処方箋が発行されていまして、年間の技術料の総額は、約1.8兆円になります。ということで、1枚の処方箋に対して、平均として、2,240円、薬局への手数料を払っていることになります。これは薬代とは別に支払っていることになります。保険が適用されていますので、自己負担は1割ですとか、3割だと思ってしまうんですけど利用者としては、実感は薄いかもしれないのですけれども、薬局は単に薬を受け取るところだと感じている利用者にとっては、2,240円の手数料というのは、十分に高いと感ぜられるかもしれません。

また、説明がありました、院内、院外差について、補足しますと、いろいろ数値が出ておりますけれども、全国全ての院内、院外処方箋の平均で見た場合に、例えば1,000円分の

薬を受け取る際に、病院であれば、137円、病院外であれば、447円の手数料が技術料として計上されています。その差はやはり3.3倍です。1枚の処方箋については、薬剤単価は平均6,600円ほどですので、約2,000円の院内、院外の差額があります。

仮に手数料の差額がなければ、どれぐらいの額になるかということ、2,000円の差額掛ける概算で8億枚、単純計算で1.6兆円もの医療費が減ることになります。この額というのは、今、国がちょうど義務教育経費として負担している、全国の小中学校の教員の人件費とほぼ同額ですし、先ほどの下水道インフラの額のざっと2倍ぐらいに相当します。つまり一言で言えば、細かい点数が出てきましたけれども、非常に多額の公費であるということです。その差額の算定の基準と、実際に得られるサービスの対価が見合っているのかという議論が、行政事業レビューとして必要だと考えております。

例えばなのですけれども、技術料の1.8兆の算定のうち、約8割ほどが、調剤費基本料、調剤料という項目で、先ほどありましたけども処方箋をさばくほど、ないしは薬をたくさん出すほど、算定がふえる仕組みになっておりまして、一方、薬剤師さんならではの指導業務、管理業務というのは、診療報酬全体の2割に満たない。つまり薬局としては、数を出しておくほうが、手取り早く収入が入ることになります。これは当初の医薬分業の目標であった、多剤投与や重複投薬の見直しといった、いわゆる薬漬け医療からの転換目標とは、見合わないものだと考えています。

御紹介がありましたとおり、薬局数自体は、この10年間で2割程度増えていますが、実態として、その半数は、1人薬剤師薬局と呼ばれる、非常に小規模な薬局で、1人でどこまで機能上のことを担えるかということを考えますと、機能の上での医薬分業というのは、まだ道半ばというか、なっていない状況だと言ったことができると思います。

以上です。

○山根次長 ありがとうございます。

それでは、議論に入りたいと思います。

石堂先生、どうぞ。

○石堂評価者 御説明ありがとうございました。

かかりつけ薬剤師・薬局という言葉がありますが、行革本部から出された資料の1ページ目で、かかりつけ薬剤師・薬局ということで、図が載っていますが、左側の服薬情報の一元的・継続的把握というのと、右側の24時間対応・在宅対応というのが、並んでいるわけですけれども、随分と事柄的に距離がある感じがありまして、左側の服薬情報の一元的管理というのは、今のコンピューターの普及とか、そういうことを考えれば、特定の医者、薬剤師あるいは薬局でなくても、患者が持っているカード1枚で、履歴がわかるということぐらいで対応できそうな感じがします。一方、右側の24時間対応というのは、そもそもかなりレアケースなのだろうという感じがしますし、こちらでいくと、1人の患者が

1人の薬剤師を独占してしまうようなイメージすらあるので、かかりつけ薬剤師・薬局という言葉から、この図を見る限り、図を結びづらい感じがするのです。

それから、厚労省さんからいただいた資料の1ページ目に、評価内容が書いてあるのですけれども、これは十幾つか並んでいます、私などから見ると、ほとんどのものは、薬剤師なり、薬局が、いわば当然にやることではないかという感じがします。これをやると評価される、あるいは加点がもらえるというのは、どうも違和感があって、むしろこれを適切にやっていないところは、減点になりますといったほうが、非常にわかりやすい感じ、理解しやすい気がいたします。ですから、かかりつけ医療という中で、薬剤師・薬局に期待されているものの精査が必要なのではないかと感じるのですが、その辺はいかがなものでしょうか。

○厚生労働省 どうもありがとうございます。

まず最初に、かかりつけ薬剤師・薬局の考え方について、御説明させていただきます。

かかりつけ薬剤師・薬局で処方箋を受けて、調剤をすることについては、医師が処方された内容について、例えば患者さんに合わせて、医薬品の選択ですとか、投与量が間違えないかとか、適切かどうかとか、相互作用がないかといったようなことを、薬剤師の目線で、クロスチェックをかけるというのが、本来的な機能の第一だと思っております。そして、複数の医療機関から出されたものについて、ここに書いてありますとおり、一元的・継続的な把握を行うこともできるというのが、役割の一つだと思っております。こちらの方は、IT機能などが進めば、情報としては、一元的に把握できるということも、進めているところではございますけれども、患者さんの背景情報などをより身近によく知っている薬剤師がやれば、患者さんにとって、よりよい薬物治療の提供ができるのではないかとこの考え方を一つこちらにお示ししております。

それから、24時間対応・在宅対応につきましては、患者さんの方で、例えば夜中とか、休日に何かが起こったときに、問い合わせなどについて、調剤をした薬局、薬剤師がきちんと対応できるようにということで、こういった形でお示ししているものになります。

○厚生労働省 厚労省が提出させていただいた資料についても、御指摘をいただきまして、どうもありがとうございます。

基本的にここに掲げられているような内容については、当然しっかりやらなければいけない業務という中で、調剤基本料とか、調剤料といったところでの評価になると思います。さらに後発品を進めるとか、残薬を確認するとか、重複投薬をできるだけ防止するといったところに、上乘せを加算するという仕組みもございますということでもあります。

○石堂評価者 24時間対応のところの御説明の中で、患者さんが必要としたときに、対応するというお話だったのですけれども、結局それはいつ来るかわからない話だから、薬剤

師さんなり、薬局にとっては、24時間拘束されるみたいな感じになると思います。厚生労働省さんの資料だと思うのですが、細かいところで、薬剤師さんなり、薬局が対応できないときには、臨時的にほかの者が対応してもいいということも、あったと思います。そうすると、その瞬間に、かかりつけという概念が相当緩くなってしまうと思います。ですから、制度的な建付けとして、無理があるのではないかという感じを受けます。

○厚生労働省 ありがとうございます。

薬剤師側にとっては、24時間、常に対応しなければいけないという心理的な圧力とか、いろいろあると思いますけれども、患者さんに何かあったときに、問い合わせがしっかりしていることが第一だと思っております。第一に受けていただくのは、かかりつけ薬剤師という役割ではないかということが一つ。

それから、問い合わせの内容によってですけれども、薬剤師なり、薬局のほうで、対応できない場合に、地域の近辺で、お互いに補完して、対応する方法もありますということをお示ししているものでございます。

実際に調査結果などでは、夜間とか、休日に問い合わせがある件数というのは、月に数件程度といったものもありますので、常に問い合わせが殺到するような状況でもなく、実際には対応できる範囲のものだと思っております。

○河村評価者 御説明ありがとうございます。

私の方からは、この行革事務局が御説明くださった資料の2ページのグラフを見ると、普通、みんなぎょっとすると思うんですけど、院外処方当たり前ということで、病院で処方箋をいただいて、薬局に持って行って、病院の外でもらうのが普通になっている中で、こんなにたくさん余分に払っていたのかという感じで、みんなびっくりすると思うのですが、この内訳について、お尋ねしたいと思います。

これは厚生労働省の資料の2ページに書いてくださっているのですけれども、調剤基本料、調剤料、薬学管理料とあってですね、薬局でも、最近、領収書と一緒に、もう一枚の紙で、明細をくださることが多いので、見ますけれども、薬学管理料というのは、私などの経験だと、いつもついていると思うんですけど、何か特別な患者との対話による服薬状況等の確認とか、残薬の状況確認などを実施した場合にと、行革事務局の資料にはありませんが、こういうことをわざわざやらなくても、これは毎回ついているものという理解でよろしいのでしょうか。

○厚生労働省 基本的には薬学管理料の部分は、算定するための要件というものがあって、それを満たさなければ、算定することができないといった性質のものだと、御理解いただければと思います。



○河村評価者 実際に見ると、何をするかということ、今度、厚労省の資料を拝見すると、薬剤師が行う以下の業務に係る人件費等と書いてあって、薬歴の記載とそれを活用した処方内容のチェック等、薬剤情報提供文書を用いた説明、手帳に記載、後発品の説明と、これは普通に私たちが薬局に処方箋を持って行って、お薬をいただいたら、普通に必ず薬剤師さんがなさることではないですか。だから、こういうものは、それこそ、調剤基本料のほうにどうして入らないのか。薬学管理料ということで、上乘せでつくというのが、なかなか理解しにくいところがあるのですが、その点はいかがでしょう。

○厚生労働省 お答えしますが、基本的に調剤基本料の部分は、ここに書いてありますとおり、医薬品の備蓄とか、建物などの運営経費という性質のものでございます。調剤料の中にですね、実際に薬剤を調製することだけではなくて、服薬情報の確認ですとか、処方監査、実際に来たものを、医師とは別な目で見るとということとか、必要な疑義照会をする、あるいは服薬指導をするといったことが、基本的な薬剤師の業務として位置付けられていて、そこで調剤料が評価されることとなります。さらに高度な薬学管理といいますか、そういったものを行うといった観点で、薬歴を記載するとか、後発品を説明するとか、あるいはお薬手帳に記載する、そういった業務に対して、上乘せの評価をするという仕組みになっているということでもあります。

○河村評価者 一言だけコメントなのですが、両方というのは、なかなかわからない気がして、いろいろ考え方はあるとは思いますが、かかりつけ薬局の推進ということもあるし、薬剤師さんが、私たちに対して、本来、果たしてくださることが、求められる役割というのは、もちろんあると思いますので、そこできちんと評価をする、きちんとやってくださることを前提に、薬学管理料をお取りになるのであれば、もうちょっと調剤基本料を下げていくのが筋なのではないか、何となく二重取りされているのではないかと気がします。

以上がコメントです。

○佐藤評価者 今日の話題は、行革事務局の2ページと、厚労省さんの1ページを突き合わせながら見ると、おもしろいと思って見ていたのですが、基本は調剤報酬とは一体何なのか。なぜ院内ではなくて、院外だと、3倍も高い値段を払うことになるのか、これが大きな疑問だと思います。

それに対する、厚労省さんの回答は、1ページにあるとおりで、例えば薬局さんでは、以下のような仕事をするのです。薬の調製、飲みやすさの形への変更・工夫とか、医薬品の服用方法とか、保管方法の説明とか、評価内容として、いろいろ出ています。これは院内処方したときに、やってくれないのかというのが、逆に私の疑問です。

例えば副作用など使用時に注意すべき事項の説明は、病院ではしないのですかというこ

とです。多分しています。しなかったら、危ないです。院内処方では、事務局資料だと、940円の中に含まれていて、でも、院外だと、それが調剤報酬という形で上乗せされている。これは一体どういうことなのだろうかというのは、誰でも不思議に思いません。

それから、後発医薬品については、先ほどいろいろと試算も出していただいていますけれども、後発医薬品の使用促進は、国としても、今、進めていることですから、大事なことだと思うのですが、これに薬剤師さんたちがどれぐらい寄与しているのかということの分析はあるのか。もともと後発医薬品のほうが安いわけですから、自己負担は3割、あるいは1割ですから、患者として、安いものの方がいいと思えば、おのずから後発医薬品に行くわけだし、もちろんそれをお医者さんも理解して、後発医薬品でいいですということになれば、進むわけです。薬剤師さんの後発医薬品の使用促進について、薬剤師さんは具体的にどんな役割を果たしているのか。院内処方の話に戻ると、院内処方では、後発医薬品は促進しないのですかという話になります。

ポイントは2つあって、1ページの評価内容として書かれていることが、なぜ院内処方ではなくて、院外だけでやっているという理解でいいのか。院内でほとんどやっているのではないかということですかというのがポイントの一つ。

それから、調剤後の継続的な電話での相談対応とか、いろいろ書かれていますけれども、これは本当にみんなやっていることなのですか。つまり薬局に行っただけですね、全ての薬局がやっただけではなくてですね、やるべきことであって、やっていることでは必ずしもないということになると、実態から乖離してしまっているのではないか。つまり調剤報酬の設定が、今、薬局が今やっている活動実態に反映しているのかどうか、これも問われると思います。

この二点なのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省 お答えさせていただきます。厚生労働省の資料の2ページを御覧いただきまして、一番の違いは、調剤料のところ、院内の場合、9点のところ、括弧で実施者が薬剤師か否かにかかわらずとなっており、右側の院外の場合は、薬剤師が行うとなっており、つまり院内の場合には、お医者様が処方されて、それをそのまま出されるのが基本でございます。院外になりますと、お医者さんが処方します。そのときには、先ほど言った副作用とか、そういうものは、もちろんお医者さんもチェックされていますけれども、薬局の薬剤師さんが別の目で、別の目で、例えば重複していないかとか、ほかの病院との関係はどうかとか、別の目で見るところが、先ほどの3倍のコストのところ、我々の試算だと500円のところのコストになっているということでございます。

後発医薬品につきましても、例えば病院の先生がこのお薬を出しなさいというとき、その中で後発を使う場合もありますけれども、そのまま指示どおり出されることが多いときに、薬局ですと、薬剤師という別の専門家の視点や、この薬は後発医薬品があります、こうすると、幾ら安くなりますということ、薬局に来た患者さんに御説明して出すことで、別

の目でそういう促進ができるということがございます。

もう一つだけ、伊藤先生が言われた、薬局は薬をたくさん出せば出すほど、儲かるというお話がございましたが、ここももともとどれだけの薬を飲みなさいというのは、お医者さんが決めて、それを薬局の方が出すという仕組みなのです。これが分かれているのがメリットでございまして、お医者様が出すというのと、やはりたくさん出せば儲かるとなるとどうしても自分のところがもうかるとなると、たくさん出してしまふ。どれだけ出すかは、お医者さんが決めて、実際に出すのは、薬局ということで、分けることで、たくさん出せばもうかるというインセンティブを減らすという面も、医薬分業にはあるということで、御理解いただければと思います。

○山根次長 参考人、もし反論があれば、どうぞ。

○伊藤参考人 発言に誤解を招くようなことがありまして、たくさん出せば出すほどというのは、要は業務として処方箋を受け付けて、はい、出しますと行って、薬を出していくようにして、回転率を上げていく方が、この処方は大丈夫かと思って、1人の患者さんに20分、30分、懇切丁寧に説明するよりも、同じ時間の使い方としては、処方箋を何の疑念もなく受け入れて、出していくほうが儲かるという意味で申し上げました。大変申しわけありません。

○佐藤評価者 第三者の目が必要だというのは、一見、もっともらしいのですけれども、それに3倍払うかどうかは、また別の問題だと思います。そこで、今度、問われてくるのは、費用対効果であります。厚生労働省さんがおっしゃるとおり、3倍に価値があるということであれば、実際にお医者さんが処方したのだけれども、これは違うのではないかと行って、薬剤師が変えたケース、あるいは先ほど量が多いという話もありましたが、お医者さんはたくさん処方したのだけれども、薬剤師の視点で、こんなには要らないからといって、やり直したケース、そういうケースというのは、3倍の価値になるほど、散見するものなのですか。普通、薬局に行くと、書かれたとおりに処方していると思います。今、御説明のあった、薬剤師としての独自性というのが、本当に発揮されていたのか。エビデンスというか、実態としては、どうなのでしょう。

○厚生労働省 実際に疑義照会を行って、重複投薬、相互作用の防止をするために、薬剤数を減らしたとか、そういったデータは、算定件数としては、例えば、27年度でいえば、8万7,000回余りのところが、28年度になって、27万8,000回といった形で、そういった面での寄与という点は、数字で、最近、増加しているということは、データとしては出すことができるということでもあります。

3倍の部分ですけれども、基本的には、我々の資料の2ページと3ページでお出しした

ような形で、3ページにあるように、後発品への置き換え効果みたいなことでやってみたら、それなりの効果はあるのではないかという説明ができるということもありますし、あと、2ページ目にあるように、院内と院外を単純に外来で比較するということは、実際は正しくないと思います。実際に、院内は、入院などで、点数を手厚くつけるとか、医療機関全体の経費としての点数のつけ方があるということですから、そういった点もあるのではないかと考えているところでもあります。

○厚生労働省 若干補足をさせていただきますと、私どもの資料の3ページの数字は、先ほど簡単に御説明をしておりますけれども、院外処方をする中で、薬剤師さんが後発医薬品に切り替えるという作業を基本的にはずっとやられてきた。それが経時的に、後発医薬品の割合が高まっているということで、積み上がって、その効果が出ているということです。ですから、事務局が出された2ページ目の資料は、技術料だけを比較されておりますが、前提となる医薬品、いってみれば、水平線の下で、医薬品の費用が全く違って、後発医薬品が促進されることで、薬剤の費用が随分削減されている。

その費用を積み上げて、私どもの資料の3ページを見ていただければ、その効果としては、十分と言っていいかどうかはわかりませんが、かなりの程度の医薬品の削減効果があって、それとトータルで見ると、先ほど私どもから説明させていただいた、500円の差をどう考えるか。ですから、単純に技術料の部分だけを見れば、数字的には3倍かもしれませんが、絶対額を比較していただければ、十分に効果があると、私どもでは考えているということでございます。

○山根次長 事務局として補足しますけれども、後発医薬品の使用と調剤の診療報酬の差の問題というのは、事務局としては、EBPMの観点から、因果関係があるのか判断できません。

○石井評価者 今のところなのですけれども、同じ3ページの資料を拝見して、それはそれで、後発医薬品調剤体制加算という加算を入れていっちゃって、医薬分業の話というのは、動いている話で、これは議論してもしようがないと思うのですが、薬局及び薬剤師の方が、いろいろと動きました。例えば後発医薬品を推奨して、それを患者さんが採用したとか、10薬を出せと言ったのが、10も要らないから、8で済むとか、そういう話があって、行動したということに対して、加算の点数をつけていくというのは、わかるのですけれども、つまり目指す薬局の姿のとおり動いてくれたことに対して、ちゃんとインセンティブを与えていこうみたいな報酬体系だと、すっと腹に落ちるのですけれども、どちらかという、例えば御用意いただいた資料の3ページで考えても、今の説明だと、調剤料の90円と、調剤料の2,400円という差があるのですけれども、こういう差のところは、説明ができないような気がしてしまいます。

○厚生労働省 繰り返しになってしまいますけれども、院内というのは、薬剤師にかからずというところで、外来の場合、9点という形で設定されているとか、薬局の場合は、処方監査したり、専門性をいかしたダブルチェックを薬剤師としてしっかりするという点での評価という点で差があると御理解いただければと思います。

○石井評価者 そこは、薬剤師の方が、ダブルチェックをすることの対価であるという整理ですか。そうすると対価というのは、どういうふうに算定されたのですか。

○厚生労働省 議論をかみ合わせるために、確認ですけれども、私どもが出させていた資料の2ページにあるのですが、報酬が算定している評価している評価対象が、調剤料、それとこれは院外と院外で名称が違いますけれども、薬剤管理指導料等ということで、名称は違いますけれども、間を破線をつないでおりますのは、院内では、調剤料の部分は、今、御説明させていただいたようなことなのですが、そのかわりに薬剤管理指導料ということで、320点、別途算定ができるようになっていて、この部分は、逆にプラスアルファの部分の評価しているわけです。ですから、項目の対応関係で見ますと、確かに大きく差が開いているように見えますけれども、指導管理までを含めて見ていただくのであれば、本来は、調剤料と指導管理料等のところを合わせて見ていただいた上で、こういった評価がなされているのかという捉え方をさせていただいたほうが、よろしいのではないかと思います。

○佐藤評価者 3ページ、数字を出して議論するというのは、非常にいいことだと思うのですが、2点ほど申し上げると、この評価は、差額を評価するのではなくて、3,130円の評価ではなくて、百歩譲って、後発医薬品調剤体制加算の評価だと思います。後発医薬品の普及の話をしているわけです。それが一つ目。

二つ目なのですが、薬局が67.4%、診療所が35.9%というのは、すごい差です。ある意味、薬局のほうが、後発医薬品を出すのに積極的だというのは、事実としてわかるのですが、比較しているものが、医薬分業していない診療所と、医薬分業している診療所で、属性、規模等々が違うのではないかという議論も出てくると思います。もしちゃんとやりたければ、同じような規模の同じような診療科を持った診療所で、院内処方しているところと、医薬分業をしているところ、ここですごく顕著な差があるのですと言われると、なるほどという気になります。これからはデータを精査するのであれば、やっていただければと思います。今、申し上げたとおり、これは差額の評価ではないかという気がします。3倍の評価ではないというのが、3ページ目です。

2ページ目なのですが、目線を合わせて考えると、厚労省さんが言っているのは、調剤料もそうだし、管理指導料もそうなのですが、何をカバーしているかという点、人件

費なのです。つまりお金がかかったから、これだけ払うという考え方で、効果が出たかどうかよりは、お金がかかっているかどうか、算定の根拠になっている気がするのです。

今、みんながうるさく問うているのは、人件費に見合う利益が患者に発生しているのかどうかだと思います。それがあれば、払って当然ですけども、先ほどから当然の業務なのではないか、管理料なんてみんなもらっているとか、院内でもやっているのではないかという業務であるとするれば、それは普通の患者さんが得た追加的な対価ではない。院内処方と比べたときの追加的な対価ではないです。

算定根拠は何ですかと、一言で言えば、かかったお金です。便益というか、患者さんの利益を勘案しているわけではなくて、単にお金がかかったから、加算したのですということになってしまうのですけれども、そこはいかがですか。

○厚生労働省 おっしゃるとおりのご指摘だと思うんですけど、3ページのものを出しておりまして、院内と院外の差が3,130円である。その対価として、何が考えられるかということで、下に1、2、3と書いてございます。3については、先ほどもっと精緻にできるのではないかという御指摘もございましたけれども、オールジャパンで、診療所と薬局の後発医薬品の差で考えれば、2,293円、また、重複投薬などの防止で315円のベネフィットがある。数値化できるところが、2,608円です。差額の五百幾らが1と2、先ほど言った、薬剤師さんがお医者さん1人だけではなくて、お医者さんプラス外にいる薬剤師さんがチェックするという、その安心に500円の価値があるかどうかということをお議論いただいて、我々としては、お医者さんで、別の薬剤師さんが当たり前に行うことだろうと言われた、当たり前のことをやるコストとして、500円がかかっているということで、適正化するところもあると思いますけれども、基本的には、そこで仕事をしていただいているという理解しております。

先ほど5ページを参考でお示ししましたけれども、院外処方を進めるに伴って、薬剤費比率は下がってきている。先ほどの医薬分業の効果というメリットもあると思いますので、そのところをトータルで考えれば、効率化する余地はあると思いますけれども、基本的に医薬分業の効果というのが、そこにあらわれているのではないかという説明になろうかと思えます。

○河村評価者 今までいろいろと御説明を伺っていて、いろいろ素朴に疑問に思うところがあるので、お尋ねしたいのですけれども、先ほどから話題になっている、厚労省さんの資料の3ページの金額の比較ですよね、院内処方と院外処方、診療所さんで、後発薬に対するスタンスがある。非常に聞いていて疑問に思うのは、国全体として、後発医薬品を推進しましょうということでやっているのに、現状で扱いに差があるわけです。何かそれを前提として議論をするのは、事実はそうなのでしょうけど、すごく疑問な気がします。これだけ後発医薬品を推進しましょうと言っているのに、やっていらっしやらない診療所さ

んがある。それを前提の上で、薬剤師が効果を果たしているからというのは、厚労省としては、診療所には、後発をなるべく使ってくださいということは、働きかけられることがないのですかというのが、一つ目の質問です。

二つ目の質問は、同じ厚労省さんの資料の2ページのところで、先ほどから問題になっている、院内と院外の調剤料の点数のところなのですけれども、これは素朴な疑問です。実施者が薬剤師か否かにかかわらずというのは、入院しているとき、どなたがなさるのですか。お医者様だけですか。そこがよくわからないので、御説明をお願いします。

○厚生労働省 診療所、医療機関がそもそも後発医薬品を推進するべきというのは、おっしゃるとおりでありまして、これは何も薬局だけにやってくださいということではございません。特に診療所はそうですが、一般名処方、すなわち、ブランド名で処方することで、薬価が高く生じるわけですから、それによらず、一般名で処方してください。それを全面的に推進しています。そうすれば、診療所のほうで、特に薬価を気にすることなく、そして、それを受け取った院外処方、後発品があります、あるいはこういうことがありますということちゃんと説明をして、選んでいただく。そういうことをまさにやっておりますので、なにも診療所に対して、そういうことをやっていないということでは全くございませんで、全面的に、後発医薬品は、医療機関も含めて、しっかり推奨しているということでございます。

○厚生労働省 2ページを見ていただきますと、調剤料、外来は、実施者が薬剤師か否かにかかわらずなのですけれども、入院の7点は、薬剤師が行うことになっていますので、入院は薬剤師さんにやっていただいています。外来のときだけ、お医者さんが処方して、誰かがやってということで、今、言ったとおり、外の薬剤師さんにやってもらって、そこで後発医薬品はどうですかという話もしてもらったり、重複していませんかという確認をやってもらっているという趣旨でございます。

○伊藤参考人 後発医薬品に話がシフトしてしまったと思うのですけれども、そもそも論でいいますと、医学的に見ても、財政的に見ても、薬局に必要な機能というのは、薬を減らしていただくことだと思っています。つまり高齢化社会でさらに増えている多剤投与を、この段階で薬局がチェックすることに、薬局の存在意義があるのであって、後発薬に切り替えましたみたいなのが、薬局の本来の機能ではないはずなのです。薬を減らすための努力が実を結ぶような、診療報酬体系でなければならないし、薬を減らすことで、患者さんの健康も改善して、でき得れば、財政的な実現効果も満たす方向性に、診療報酬体系を持っていかなければなりません。つまり平たく言うと、薬局が増えすぎた部分を減らす必要もあるかもしれませんが、そういうところが、薬局の本来の機能なのではないかと考えております。

○佐藤評価者 先ほどからよくわからないのは、肝心かなめのところが、定性的なのです。厚労省さんの資料の3ページ目で、薬物療法の有効性とか、安全性、今、伊藤先生から御指摘のあった、多剤投与、重複投与のところ、そこにこそ、薬剤師さん独自の視点があっ  
ていいはずなのに、これらについて、定量的に数字が出てこないということは、実態を調べていないからだと思います。やっぱり実態を見ないで、人件費はコストとして出てき  
ます。だから、人件費として出てきたものを見て、あるいは出るだろうという見通しをも  
とにして、査定していて、実際、効果に目がいていないような気がします。御案内のと  
おり、費用対効果というのは、厚労省さんでもお進めになっていることでありますし、効果  
をちゃんと見るという視点が必要だという気がします。

ここにこだわる気はないのですけれども、後発医薬品の使用促進のところの差は、診療  
所でいかに普及していないかの差だという言い方もできてしまうのです。だから、目標ど  
おり、全国で8割になれば、この差はゼロになってしまいます。薬局でも8割、診療所  
でも8割ということになれば、この差はゼロになりますから、もともと普及にばらつきがあ  
る、ジェネリックの普及にばらつきがあるという現状を表しているだけではないかと言わ  
れかねないのです。こういう分析をやるなどは言いませんけれども、もうちょっと精緻に、  
的を絞ってやられたほうがよろしいのではないか。これはアドバイスです。

○河村評価者 門前薬局の話が出ているのですけれども、実態として、門前薬局と言われ  
るような、大手チェーンの薬局さんがたくさん増えているというのは、私たちも日々看板  
を見て感じているところで、こうやって医薬分業を進めてやってきた結果、こういう形に  
なってしまったことについては、厚労省としては、どうお考えになりますか。

私たちの立場からすると、大きな病院にかかったときには、近くにいっぱいあります。  
そこでもらってしまうのが、楽だというのは、いい気もするのですけれども、それはかか  
りつけ薬局の本来の意義とは、ちょっと違うのではないか。門前薬局がだんだん増えてし  
まうような、そちらに集中していってしまうようなことを促してしまっていると思いま  
すけれども、それは今後の在り方として、いいものかどうか、対応策をどう考えていら  
っしゃるか、伺いたいと思います。

○厚生労働省 どうもありがとうございます。

御指摘は、そのとおりだと思います。単に薬を渡すだけということでやっているのは、  
門前か、門前でないかにかかわらず、問題があるのではないかと感じております。先ほ  
ども出ていましたけれども、薬剤師法で、処方箋については、疑義があったら、必ず照  
会しなければならないということもありますので、そのあたりは、薬剤師としてやるべき  
ことだと思っております。

薬局としては、先ほどからも御議論いただいていますとおり、薬を渡すだけではなくて、



きちんとアウトプットが出るような形で、患者さんのためになるような業務を行うというのが、今後の方向性としてあると思っております。

ただ、御指摘のとおり、門前と一口に言いましても、いろんな形態があると思います。特に地方などで、医療機関が少ないところで、薬局が協力してやっているところもあると思いますけれども、大病院の前で、薬局が目の前にずらっと並んでいるという状況は、地域の中で、地域住民に対して、かかりつけとしての役割を果たすという意味では、何か課題があるのではないかと認識しておりますので、今後、地域の中でかかわっていくかかりつけというものを推進していきたいと思っております。

○河村評価者 そのためには、具体的にどういう方策を考えていらっしゃいますか。推進していきたいとおっしゃるのですけれども、どうするのかと思うのです。このまま放っておいたら、今の状況はもっと加速してしまわないかと思えます。

○厚生労働省 補足は後でいただければと思いますが、4ページを見ていただきますと、先ほどのところもそうなのですが、一番のインセンティブになるのは、報酬上、どう設定するかということであろうかと思っております。

見ていただきますとおり縦軸の処方箋集中率というのは、1つの病院から、門前にたくさんそこしか受けていないみたいなどころについては、ここで見ていただくと、点数が41点の半分、20点になっています。1つは、報酬上の設定上の仕方で、そういうところについては、評価を変えていくというところで、インセンティブをつけていくということは、あろうかと思えます。

○厚生労働省 もう一つ、補足させていただきますけれども、今、進めたいと思っていることで、いわゆる分割調剤という取組を進めたいという方向で考えております。仮に長期で90日処方されたときに、30日ずつ、薬局で調剤してもらうことをすれば、基本的に自ら生活しているところに近いところに行くという、行動変容もあり得るのではないかと考えているところでございます。

○石堂評価者 全体の議論とそれる感じもあるかもしれませんが、資料の中にも、患者のための薬局ビジョンというものが出てきますし、後発医薬品の使用に関しては、8割の患者さんが、薬剤師なり、薬局から紹介を得てやっているということがありまして、その資料には、患者調査という文字がありました。

別の資料では、患者が薬局に求める機能という表などもありまして、27年に調べたものと書いてありましたけれども、これは薬局あるいは薬剤師に対して、患者が何を考えているかということについては、定期的に何かお調べになっているのでしょうか。もし調べているとすれば、どんな手法で、どのぐらいの母数に対して、調べをかけているのかとい

うことをお尋ねしたいと思います。

○厚生労働省 調剤報酬は、2年に1回、改定するわけですがけれども、それを検討するに当たって、医療課が委託調査という形で、患者が薬局に求める機能はどういったものがあるかなどの質問を行って、アンケート調査みたいなものを実施しているということであり、母数としては、概ね2,500ぐらいですけれども、そのような調査はございます。

○石堂評価者 委託を受けたところが、よくテレビの世論調査などであるように、無差別抽出とか、そんな方法でやるのですか。

○厚生労働省 基本的には薬局の協力を得て、薬局から患者さんにアンケートで答えていただくという形式でやっています。

○厚生労働省 補足させていただきます。薬局は全国無作為で母体別に均等になるように、一般的な抽出を行いまして、その薬局に来ていただいた患者さんに対して、患者調査を行っているものでございます。

先ほど説明いたしました、医療課の調査のほかに、医薬分業の効果については、KPIを設定するという議論が別途ございまして、そちらは、医薬・生活衛生局で、昨年度から、薬局、患者に対する調査を行って、薬局の業務に対する指標を作っていく、数値化に向けた調査を行っております。これは今年度以降も続けていくということで、現在、予定をしております。

○石堂評価者 そのときに、現在の薬局の在り方に対する不満、こういうところは直してくれというものも、結構挙がってくるのですか。

○厚生労働省 お答えいたします。薬局で何をしてもらえるのかというところが、十分に伝わっていない部分があると思っておりますので、そういったところで、単に薬をもらうところという意識が、患者さんにあるとすれば、そうではなくて、こういうこともできます、してもらえますという普及を、同時に進めていかなければいけないと思っております。

○石井評価者 今さらというか、改めての質問になってしまうのですがけれども、院内と院外に差があるという、先ほどちょっと触れたところなのですが、その差は、何の対価となったときに、もちろん薬剤師の方が見てくださることの国民のメリットというか、安心感というか、その対価ですという話と、そうすると、その対価というのは、測定することが難しいと思います。500円がいいのか、幾らなのかわからないけれども、測定は難しいから、原価側のアプローチで、薬剤師の方を雇用すると、どのぐらいかかるから、どの

ぐらいの点数にするとか、そういう計算になっているのですか。それが一つです。

もう一つは、院内ではなくて、院外になることによって、2ページの資料の一番下なのですけれども、医薬品の備蓄というかこれをいろんな病院から来ることが想定されれば、なかなか複数の薬を置いておく。いいことかどうかはあれですけれども、うち、在庫がないのですと言うわけにはいかない部分があると思いますので、いわゆる在庫のコストが発生するだろうということで、加算がある。そうすると、価格の議論になると、どういう価格設定があるのですか。

繰り返しになりますけれども、その場合、薬剤師の方に活躍してもらうために、そのコストについて面倒を見るということと、在庫をより多く持つてもらわなければいけないから、在庫のコストについて、負担をするとか、加算が入っている、そういう理解でよろしいでしょうか。

○厚生労働省 診療報酬の設定の全般的な考え方です。この表でいきますと、2ページでございますけれども、調剤基本料とか、項目名があって、報酬設定をしています。本来ですと、今、おっしゃったような、コストの積み上げ的な、例えば人件費はどれぐらいかかる、いろんな機材、資材がかかる、エトセトラです。それから、減価償却、こういったものを積み上げて設定するというのが、一つの考え方ですが、一方で、社会保障、特に今回の診療報酬は、全国一律で、いろんな事情がある中で、国民の皆様にご一定程度のアクセスを平等に保障する、点数制を引いておりますので、一定のコストは参考にするのですが、厳密にコスト積み上げという形はとっておりません。

これは調剤報酬に限らず、いろんな医師の技術料も基本的にはそうです。節々で、そういったことを細かく調べることも、ないわけではないのですが、基本的には報酬改定をする中で、バランスを見て、例えばこの報酬は高過ぎるとか、あるいはこの報酬は採算が取れないといった微修正はしますけれども、申し上げたいのは、コストの積み上げが厳密にできているわけではありません。

それから、この説明の中にも出ましたが、人件費がかなり濃厚に反映されるような報酬もありますけれども、いろんな資材を使ったりして、いろんなものがまざっているものがあります。そこは弾力的に対応しなければいけないので、一般的には、今、おっしゃったような形で、全部整理できているわけではないということになります。

○石井評価者 わかりました。

○伊藤参考人 算定根拠というのは、なかなか透明化が難しいと思うのですけれども、これは調剤に限りませんけれども、報酬という用語自体が提供者目線で、我々はこれだけかけてサービスをしているのだから、これだけくれという語感があります。我々にしてみれば、それは払っている料金なので、報酬という形で、医療機関を生かすために払うもので

はないわけなので、その辺の発想といいますか、提供者から見て、これぐらいかかるから、こうだという見方ももちろんあるとは思いますが、我々から見て、そのサービスには、これだけ払えるのだったら、これぐらいの負担はいいという、その観点も今後の診療報酬に反映していただきたいと考えています。

○厚生労働省 まさにそのために、中医協という場で、診療側だけではなくて、支払い側、保険者であったり、経団連の方だったり、費用を負担する方が、これは高過ぎるのではないとか、ここは削れるのではないとか、サボっている奴のところは下げろとか、そういう御指摘をいただいて、公定価格を決めているというプロセスがありまして、公開の場でしているところでございます。

○佐藤評価者 先ほどの厚労省さんの説明で、ひっかかったと思ったのは、薬剤師さんや薬局で、どんなことをしてくれるのかということ、患者さんが知らない。もっといろいろ頼めばいいのに、頼んでいないのではないか。薬を頼んで、帰るだけだろう。でも、それはおかしいです。本来は、薬局の薬剤師さんが、患者さんにこの薬はこうなのですよと、頼まれていなくても、教えてあげるべきです。それが仕事なのです。言われなからやっています、だけれども、一応言うことになっているので、お金をもらいますということでは、サービスを実現していることにならないです。

いつもそうなのですが、お医者さんから見ても、薬剤師さんから見ても、患者さんというのは、十分な知識を持っている主体ではないし、病気で具合も悪いわけですから、いろいろなケアをしなければいけない。積極的なアプローチをしなければいけない、いろいろな助言をしなければいけない立場にいるはずですよ。特に薬剤師さんはそうだと思います。患者さんが求めているからやりませんでは、話にならないと思います。

○厚生労働省 お答えいたします。御指摘ありがとうございます。私が申し上げましたのは、患者さんに何を期待しますかと聞いたときには、何を期待できるのかということ、ひょっとして伝わっていないのではないかとということで、お答えを差し上げました。先生が御指摘のとおり、薬剤師側から、いろんな働きかけをしなければいけないというのは、今日の冒頭からの御意見もそのとおりだと思いますので、それをいかに進めていくかというのが、課題だと思っております。

○山根次長 よろしいですか。

それでは、取りまとめをお願いします。

○佐藤評価者 取りまとめに入りたいと思います。

現行の調剤技術料は、薬剤師・薬局サービスが生み出す価値のいかんを問うことがない

まま、費用を補填する仕組みになっているのではないか。つまり3倍に見合う価値が検証されていないのではないか。

調剤技術料が医科歯科の費用に比べて、伸びている現状を踏まえると、調剤技術料の全体的な報酬水準の引き下げを含めて、メリハリのある技術料体系をつくっていく必要があるのではないか。

その中でも、調剤基本料については、医薬分業が定着していることから、その役割については、ある意味、終えているということも含めて、見直しが必要ではないか。

門前薬局、大型チェーン薬局の調剤技術料については、実態を踏まえて、今、努力されていますけれども、一層の引き下げの余地があるのではないか。

薬局の実態として、現在、厚労省さんが目指しておられる、かかりつけ薬剤師・薬局は、現時点では、いまだに少数派であり、今の調剤報酬体系のままで、目指す姿でいくことについては、まだ疑問の余地があるということで、したがって、真に患者のためのかかりつけ薬剤師・薬局を進めるためにも、先に述べましたとおり、メリハリのある、適正で効率的な調剤技術料の報酬設定を目指すべきではないか。

全体として、薬剤師・薬局の実態を踏まえた上で、つまりどれぐらいの価値を生み出しているかという患者目線で、調剤技術料の設定が必要ではないか。

現行で気になるのは、一部しかやっていないようなこと、あるいはあるべき姿、薬剤師・薬局のあるべき理想像をベースにして、加算などの措置を決めているのではないか。

今、政府も進めているところではありますが、証拠に基づく政策形成、つまりEBPMの視点による調剤報酬の改定が急がれるのではないかということです。

以上です。

○山根次長 補足等はいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、大臣、お願いいたします。

○梶山行革担当大臣 精緻な議論は、改定作業の中でされていくということで、先ほど厚労省からもお話がありましたし、そのとおりだと思いますけれども、医薬分業の役割分担に基づいて、報酬の構成ができていくということでもありますから、先ほど来の資料に基づいた、薬剤師側の役割、行動、検証がされているかどうかということ、しっかりと考えながら、仕事を続けていただきたいと思います。

○山根次長 ありがとうございます。

それでは、これで、このセッションは終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。

次のセッションは、15時20分から再開でございます。