

日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

中医協報告「調剤報酬（その2）」 (2015年12月4日 第317回中医協総会から)

株式会社日医工医業経営研究所(日医工MPI)
(公社)日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美



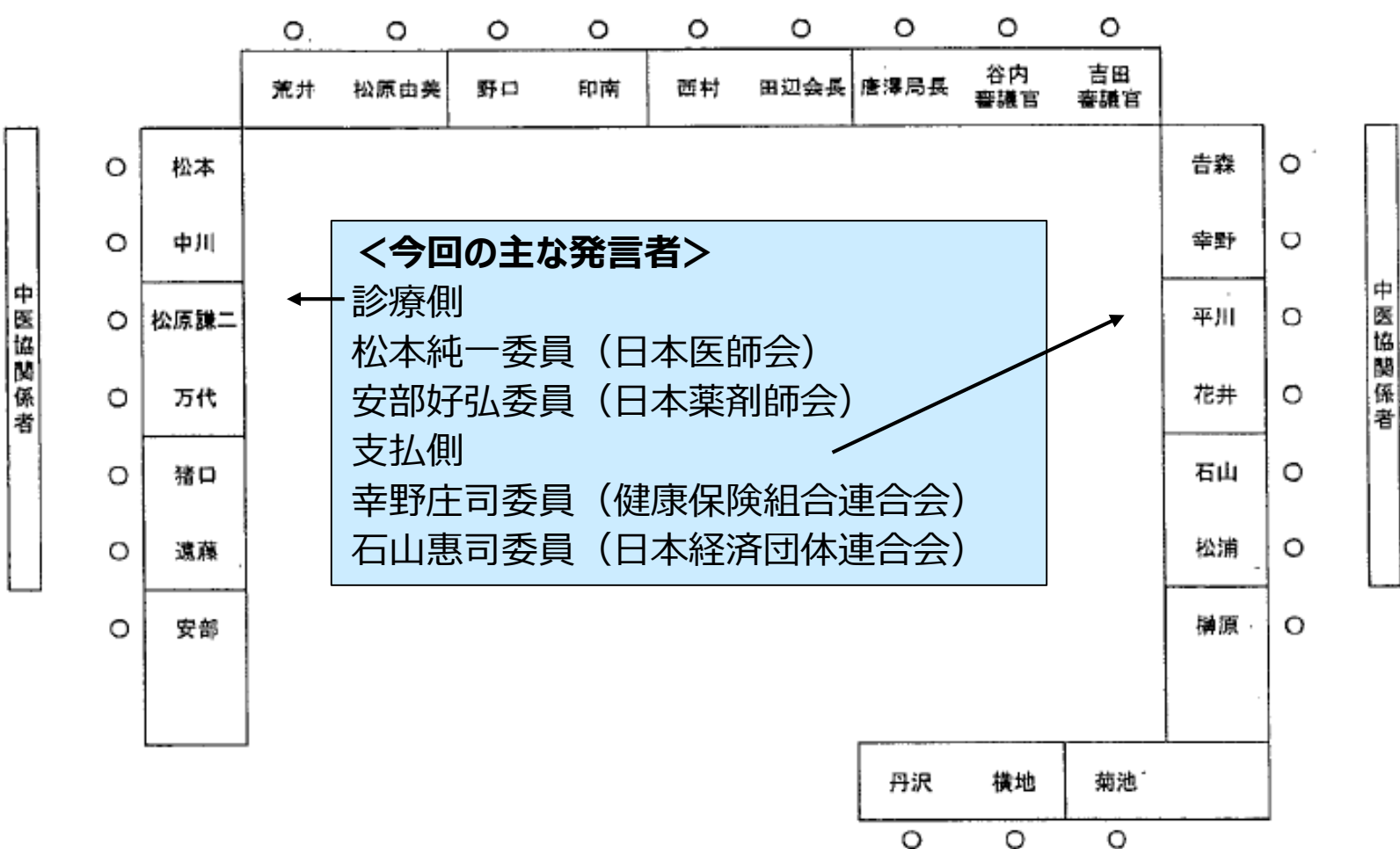
資料No.20151209-410

中医協配布資料とMPI所員の議事傍聴報告から編集して作成していますが、文章や発言等を簡素化し意識していますので、発言主旨と合致していない恐れもあります。

株式会社日医工医業経営研究所

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:平成27年11月6日(金) 保険医療材料専門部会終了後～
会場:中央合同庁舎第5号館 専用第15・16会議室(21階)



患者本位の医薬分業の実現に向けて

患者本位の医薬分業に向けた調剤報酬の取扱い

- 患者本位の医薬分業の実現に向けて、地域包括ケアシステムの中で、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・薬局を推進するため、以下の論点に関してどのように考えるか。(具体的には、2.以降で検討)
- 患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、それに基づき薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の業務や、かかりつけ薬剤師が役割を発揮できるかかりつけ薬局の機能を評価すること。
- 薬局における業務について、対物業務から対人業務への構造的な転換を促すため、対物業務の評価については適正化を図る一方、患者への丁寧な説明、医師への処方内容の疑義照会、在宅訪問も含む地域包括ケアシステムにおける多職種との連携などにおいて、薬剤師が専門性を発揮できるよう、対人業務の評価を充実すること。
- 薬剤師の専門性やかかりつけ機能を発揮することで患者に選択される、かかりつけ薬剤師・薬局を評価する一方、かかりつけ機能を発揮できていない大型門前薬局などの評価を適正化すること。

「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」そして「地域」へ～

平成27年10月23日
厚生労働省公表資料改変

○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できる かかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

1. 服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

2. 24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
 - 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
 - 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。
- (参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)
- ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
 - ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

3. 医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 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他、地域の関係機関と連携。

現行施設基準

基準調剤加算の施設基準

- 基準調剤加算は薬局のかかりつけ機能进行评估している。(調剤基本料への加算)
- 平成26年度改定では、在宅薬剤管理の充実や24時間対応を評価するため要件を追加した。

	基準調剤加算1 (12点)	基準調剤加算2 (36点)
備蓄品目	○700品目以上	○1,000品目以上
24時間調剤	●単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携 (連携体制を構築する薬局数は10未満)	●当該薬局のみで24時間調剤
在宅業務	●在宅業務体制の整備	●在宅業務体制を整備し10回/年以上の実績 ●医療材料及び衛生材料供給体制の整備 ●在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制の整備 ●ケアマネージャーとの連携体制の整備
処方箋受付回数、集中度	○4,000回/月を超える薬局は、集中度が70%以下	○600回/月を超える薬局は集中度が70%以下
共通項目	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅業務、24時間調剤体制について文書で情報提供 ●麻薬小売業者の免許 ○地域の保健医療機関や患者の需要に対応した開局時間 ○定期的に研修を実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知 ○処方された医薬品に係る情報提供体制 ●「薬局の求められる機能とあるべき姿」に掲げる機能の整備(努力義務) 	

次回改定でも要件追加・厳格化が予想される
(厚労省提案は次ページ以降)

※赤字(●)は平成26年度改定箇所

調剤報酬版『地域包括診療料』の提案

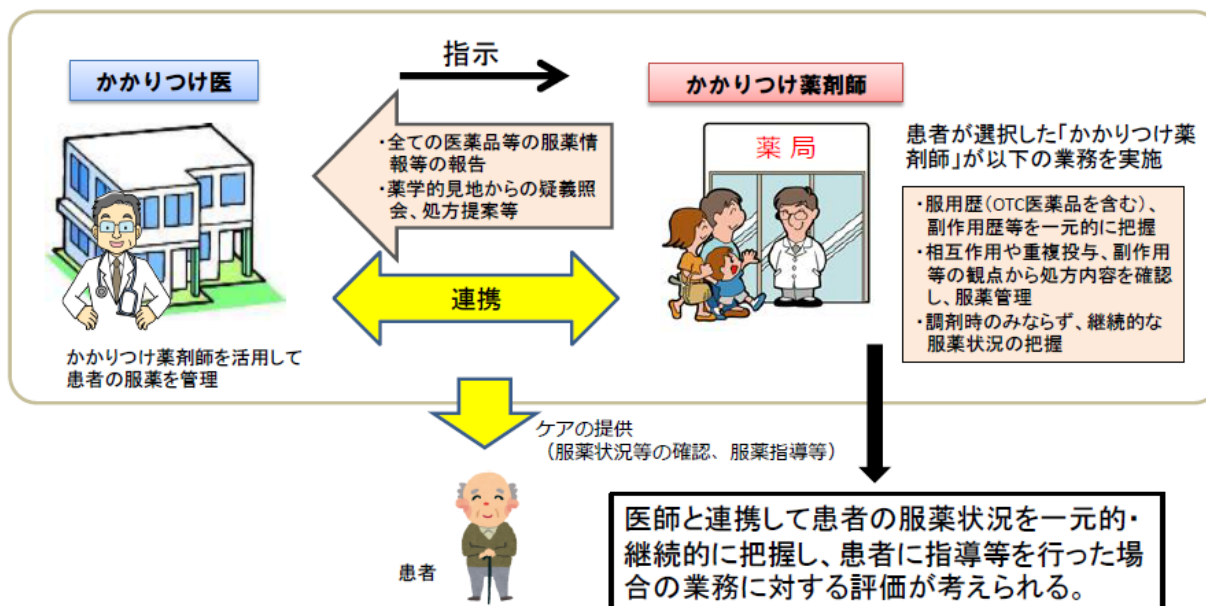
【厚労省が示した論点】

- 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。

診療側	薬	異論はない（安部）
支払側		大事なことだと思うが具体的なイメージがわからない。今後要件を具体的に示してほしい（石山）

かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携（イメージ）

かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。



【厚労省が示した論点】

- 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。

医科の時間外対応加算のように対応の具体例が施設基準として設定されるか

診療側	薬	在宅の実績要件が薬局の機能や負担を評価する指標にな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配慮をお願いする（安部）
	医	かかりつけ薬剤師がない薬局は基準調剤加算の対象外とすべき。また、医療機関同様、酒類やたばこなどを販売している施設に併設していないこととすべき。24時間対応については夜間専任のパート薬剤師が対応することのないようお願いしたい（松本）
支払側		プライバシー問題については薬局は10年以上遅れている。ぜひとも推進を。（花井） かかりつけ薬局の施設基準について、酒やたばこが販売されているということは論外（平川）



医科の地域包括診療料、地域包括診療加算には、『敷地内禁煙等』の要件が設定されている

現在、パーテーションの設置は基準調剤加算の施設基準としては努力義務

【厚労省が示した論点】

- 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。

診療側	薬	異論はない（安部）
	医	病棟薬剤業務実施加算と同様に施設基準と業務を明確に特定しておく必要があるのでは（松本）
支払側		「当該薬局に一定時間以上勤務する薬剤師」とあるが、患者が安心して相談できるためには、連続した期間要件が必要ではないか（吉森） かかりつけ薬剤師の資格の問題については、研修を受講するのか、新しい資格を取得するのかなどを含めて外形的な要件の検討をすることが必要（平川）

【厚労省が示した論点】

- 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。

診療側	薬	賛同するが、情報提供に関しては、業務内容に応じた患者選択の必要性を慎重に勘案したうえで、過剰な情報量にならないよう対応して頂きたい（安部）
	医	情報提供の推進に取り組む必要はあるが、評価の対象となることではなく当然の業務なのでは（松本）
支払側		情報提供の在り方についても要件的なものを提示する必要がある（吉森）
厚労省		今後の議論ではあるが、現時点で加算を新設することは考えていない

基準調剤加算の算定要件もしくは施設基準の追加か

【厚労省が示した論点】

- 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。

診療側	薬	異論はない（安部）
	医	全ての薬局を一括して議論するのは難しい。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（中川）
支払側		基準調剤加算1、2を含めて抜本的に見直し、本当にかかりつけ薬局としての機能を満たすような基準（医者との連携や、在宅）に厳格化していくことが大切。また、基準調剤加算1、2を区別する必要があるのかについても検討の余地はある（幸野）
厚労省		急激な見直しは厳しいが、確実にこなしていくことも重要と考える。特に重要な論点については今後も継続して議論することとし、今回で議論が終わるわけではない

対人業務の評価の充実

【厚生省が示した論点】

- 特に高齢者に、多種類の服薬に起因する有害事象を防止するとともに、服薬アドヒアランスを改善するために、医療機関において、又は医療機関と薬局が連携して、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を減少させる取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合について評価することとしてはどうか。

支払側

薬剤師が疑義照会をしたうち、「処方に変更があった回数」が70.6%というのは非常に重要な数字であり、これをいかに推進していくか、あるいは薬剤師の業務として要件化していくか、ということを考えていかなければならない（幸野）

疑義照会の割合と処方変更の頻度

- 薬剤師は、患者情報や薬歴などから、患者が複数診療科を受診している場合の医薬品の重複や、併用している医薬品との相互作用等、処方内容に薬学的観点から疑義がある場合に、薬剤師が処方医に対して連絡・確認（疑義照会）を行い、必要な場合に処方変更される。
- 処方内容の疑義照会に伴う評価として、重複投薬・相互作用防止加算がある。（残薬確認の結果、投与日数を変更した場合も算定可能）

	回数		
①処方受付回数	60,617		
②上記のうち、疑義照会した回数 (処方箋受付回数に占める割合)	3,262 (5.4%)		
③処方変更の有無を 明らかにしている回数 3,160		回数※	左記のうち、 重複投薬・相互作用防止加算算定回数
	④処方に変更があった回数 (③に占める割合)	2,231 (70.6%)	445 (14.1%)
	⑤処方に変更がなかった回数 (③に占める割合)	929 (29.4%)	51 (1.6%)

〈調査期間中のある代表的な1日のデータを集計したもの(回答薬局数=949)〉

※処方変更の有無を明らかにしていない回答があったため、④+⑤の合計回数が疑義照会した回数(②)になっていない

年間 約4,300万枚相当の処方箋について疑義照会を実施
(年間処方箋枚数7.9億枚に5.4%を乗じて算出)

平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」を元に集計

65

対人業務の評価の充実

【厚労省が示した論点】

- 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。

患者は毎回お薬手帳を持参し、同じ薬局への訪問を続けることで自己負担が減る。医科の初・再診料のような仕組み

診療側	薬	かかりつけ薬剤師・薬局の評価とのバランスを考えながら患者本位の仕組みとして検討頂きたい（安部）
	医	お薬手帳の持参有無をもとに加算の有無を考えるのではなく、2回目以降の来局でお薬手帳を持参しない患者が一定割合以上存在する薬局については減算対象とすべきでは（松本）

【厚労省が示した論点】

- 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。

診療側	薬	異なるシステム間でも情報のやりとりが可能で、かつ、患者の不利益とならないのであれば、紙媒体と同等の機能を有する場合には紙媒体の手帳と同様の取扱いとすることについて異論はない（安部）
	医	現状としてどこの医療機関や薬局でも閲覧できるかという機能性においては紙媒体が電子版に勝り、同等とは言えない。期待されていることが、電子版と紙媒体で異なるのではないか（松本）
支払側		現在一番問題なのはお薬手帳の規格が標準化されておらず、一元管理はできていないこと。電子化は必要であるが、紙媒体の規格を統一したうえで、電子化していくことが必要なのでは（幸野）

対人業務の評価の充実

【厚労省が示した論点】

- 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。

診療側	薬	異論はない（安部）
支払側		これは当然の話であって、これに対する加算を議論する前にそのあたりの整理が必要（石山）

重複投薬・相互作用防止加算

処方医に対する疑義照会のうち、「重複投薬」や「相互作用」に該当しない、過去の副作用歴やアレルギー歴等により処方変更が必要な場合の疑義照会、同一医療機関等からの処方箋で処方変更が必要な場合の疑義照会など、重複投薬・相互作用防止加算の算定要件を満たさない事例がある。

➢ 重複投薬・相互作用防止加算

	算定対象	算定できない例
疑義照会の内容	<ul style="list-style-type: none"> ●併用薬との重複投薬及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するための疑義照会 ●残薬の確認の結果、処方の変更が行われた場合 	<ul style="list-style-type: none"> ○過去の副作用歴やアレルギー歴等により処方変更が必要な場合の疑義照会 ○同一医療機関等からの処方箋に基づく疑義照会

➢ 疑義照会したが、重複投薬・相互作用防止加算を算定しなかった理由（複数回答）

理由	割合
同一医療機関・同一診療科の処方せんであり、算定要件にあてはまらなかったため	約28%
薬剤の追加、投与期間の延長であり、算定要件にあてはまらなかったため	約65%
その他	約7%
無回答	約0%

<「その他」の内容（自由記載の内容を要約）>

- アレルギー歴の確認による薬剤変更等であったため。
- 副作用歴による薬剤の削除であったため。
- 年齢や腎機能等を考慮した、過量投与による用量の変更であったため。
- 服薬困難のための剤形変更であったため。

等 67

【出典】平成26年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

対人業務の評価の充実

【厚労省が示した論点】

○ 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。

残薬持参袋

診療側	薬	薬学管理の一環として、また残薬管理の一環として一定の効果があることが示されているため、検討の余地は十分にある（安部）
支払側		取り組みについては実施してもらいたいが、診療報酬上という話ではなく、このような取り組みを行うことが当然だと思うので、薬剤師会を中心に成功事例の横展開を指導いただくことが大切（幸野）

外来患者の服薬支援に関する取組①

- 節薬バッグ運動：外来患者の残薬の現状とその有効活用による医療費削減の取り組み（福岡市薬剤師会）
- 実施期間：2013年2月～2014年1月
- 実施内容：薬局において、本活動の同意が得られた患者に「節薬バッグ」を渡し、次回来局時に残薬をバッグに入れて持参してもらい、残薬確認と調整を行う。（参加薬局127、協力患者1,367人）



< 残薬確認による薬剤費削減率 >

	処方された薬剤費(円)	削減された薬剤費(円)	薬剤費の削減率(%)
処方せん1枚当たり	8,280 [※] (4,322-15,044)	1,101 [※] (412-2,669)	15.54 [※] (6.57-33.30)
総数	16,593,964	3,492,722	21.05

※中央値(四分位範囲)

処方された薬剤費(総数)の約20%を削減

【出典】福岡市薬剤師会における医療費および患者負担軽減を目指した残薬調整の取り組み～節薬バッグ運動の実践～

60

外来患者の服薬支援に関する取組②

おくすり整理そうだんバッグ活用例

- 平成25年4月より、鹿児島県下(14地域)において、「おくすり整理そうだんバッグ」を用いた残薬整理事業を開始。
- 実施内容：薬局において、「おくすり整理そうだんバッグ」を渡し、次回来局時に残薬をバッグに入れて持参してもらい、残薬確認と調整を行う。必要に応じて主治医に連絡。



お薬相談バッグ

鹿児島県におけるこれまでのお薬整理そうだんバッグ事業と平成26年度薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点推進事業での取り組み結果

	報告薬局数(軒)	総残薬数(件)	残薬額(円)	薬局あたりの残薬額(円)
①H25年4月(1ヶ月)	128	168	621,000	4,857
②H25年10月(1週間)	164	548	1,891,000	11,536
③H26年8～9月(1週間)	274	657	2,186,000	7,979
④H26年10～11月(1週間)	166	362	1,006,000	6,386

※③と④が健康拠点推進事業

【出典】鹿児島県薬剤師会の取り組み

61

【厚労省が示した論点】

- 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。
- 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。

診療側	薬	対人業務の取り組みや評価をより充実させる方向性については賛同するが、対物業務の品質にマイナスの影響を及ぼさないような慎重な評価の在り方を考えるべき（安部）
	医	医科院内調剤では何日、何剤処方しても定額である。自動化による調剤の効率化が進んでいるため、調剤料、一包化加算を含め1調剤あたりの定額にしてはどうか（中川）
支払側		一包化加算については、機械も良くなっていると思うので、日数あるいは点数等を検討する時期に来ているのでは（石山） 一包化について、薬局の負担が変わってきているのであれば、それに応じた点数の適正化も必要（幸野）

患者中心
の業務

薬中心の業務

・処方箋受取、保管 ・調整（秤量、混合、分割） ・薬袋の作成 ・報酬算定 ・薬剤監査、交付 ・在庫管理

対物業務から対人業務へ

患者中心の業務

・処方内容チェック（重複投薬、飲み合わせ） ・医師への疑義照会 ・丁寧な服薬指導 ・在宅訪問での薬学管理
・副作用、服薬状況のフィードバック ・処方提案 ・残薬解消

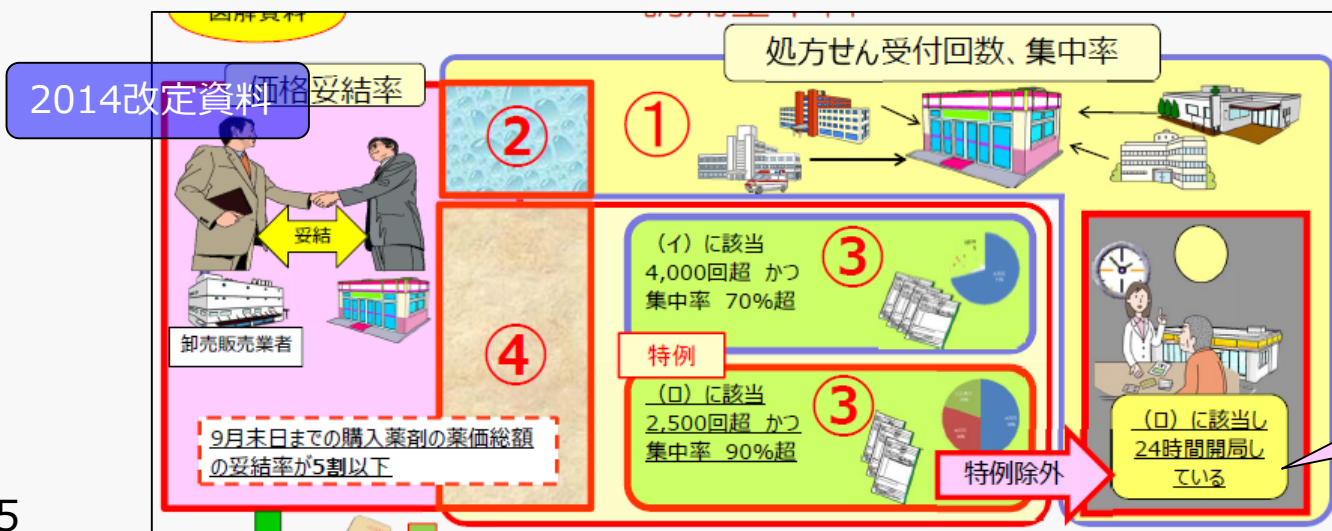
薬中心
の業務

いわゆる門前薬局の評価の見直し

【厚労省が示した論点】

- 大規模門前薬局の評価の適正化のため、以下のような取扱いとしてはどうか。
 - ・ 現行の処方箋受付回数と集中度による特例対象の要件については、次期改定以降、段階的に拡大することとしてはどうか。また、特例対象を除外するための24時間開局の要件は廃止してはどうか。
 - ・ 薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、店舗数の多い薬局、特定の医療機関から処方せんを多く受け付けている薬局、特定の医療機関との関係性が深いとみなされる薬局について評価を見直すこととしてはどうか。

診療側	薬	大規模病院の近隣に同一法人が複数の薬局を設立して規模を分散している事例への対応検討が必要。一方、地域的な特性によって集中度が高くなってしまいが、その中で地域住民から選択され、多くの医療機関から少ない処方箋を応需している場合にはかかりつけ機能を発揮していると評価できるのでは（安部）
	病	集中度に関する特例を拡大する方向性は賛成（万代）
支払側		処方箋受付回数と集中度だけでなく、医療機関との特定の関係であるとか、医療モールなども対象となるよう検討すべき余地がある（幸野）



2014年3月11日
日医工MPI作成資料抜粋

2014年改定で設定された特例除外制度を廃止か（救済措置なし）？

いわゆる門前薬局の評価の見直し

【厚労省が示した論点】

- 未妥結減算制度は、今後の妥結状況を検証することを前提に、制度を継続することとし、薬局の対象範囲を見直してはどうか。
- 調剤基本料の特例対象施設や未妥結減算対象施設が随時把握できるよう、施設基準として地方厚生（支）局へ届け出ることとしてはどうか。
- 前述の「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」や「対人業務の評価の充実」のうち、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。

診療側	薬	小規模薬局については未妥結調査の報告制度の対象外としても良いのでは。特例対象施設等を施設基準とするのは良いが、事務負担が最小限となるような配慮を。かかりつけ機能にかか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、理屈は理解できるが検証結果などもない状況で議論をするのは時期尚早（安部）
	病	把握しにくい特例対象施設などを施設基準としての届け出とすることには賛成（万代）
支払側		施設基準としての届け出については、事務負担が過重にかかることは反対であり、簡素化できるものはより簡素化する方向に（石山）
厚労省		かかりつけ薬局機能を行っていない薬局にはどんどん減っていただきたい。診療報酬のみならず、そういう方向で様々な施策を今後作り続けるのではないかと考える