

講演 1

2018年度調剤報酬改定・ 薬価制度改革の概要と 今後に求められる取り組み



(公社)日本薬剤師会副会長
(中医協委員)

安部好弘

平成30年7月13日(金)
9:00~10:20

講演1では、日本薬剤師会の安部副会長に、2018年度調剤報酬改定・薬価制度改革の概要と今後の取り組みについてお話しいただいた。

安部副会長は、2016年度改定で「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」という概念が盛り込まれ、患者さんの服薬情報の一元管理や丁寧な服薬指導など薬剤師に求められる役割が変化したことと言及し、今後の地域医療を支えるために医師、薬剤師、卸のこれまで以上の連携が必要だと説いた。また、2025年問題や2060年問題に触れ、診療報酬改定や薬価制度改革は国の存続に影響する大問題であるとし、共に知恵を絞って乗り越えようと訴えた。

改定・改革の背景

●2025年問題と2060年問題

本日は、今回の調剤報酬改定がどんな改定であり、薬局がどのような形で将来へ進むのかということと、卸の皆さんに薬局へのサービスの在り方を考えていただくようなことについてお話しします。また、中医協の委員として診療報酬改定、そ

して介護報酬改定を2回経験しましたので、当事者としての話にも触れたいと思います。

まず改定の背景ですが、65歳以上人口の割合は現在約27%で、2025年には30%になり、そのうち75歳以上が18%になります。さらに2060年の65歳以上の割合は40%、75歳以上が27%になります。

その一方で、2060年には人口がいまの4分の3になってしまいます。つまり、2025年問題は、高

齢化による医療費、社会保障費の増大が最も大きな問題でしたが、2025年以降は人口減少によって地域の都市機能が維持できなくなることが大きな問題になってきます。

●2025年問題への対応

2025年問題の本質は、高齢化率のピークを迎えることにあり、財務省の資料によると、2012年に比べ75歳以上が700万人増えます。65歳から74歳人口は、流入と流出が均衡し、ほぼ横ばいです。2012年時での医療費は平均で、64歳以下が17万円、65歳から75歳が55万円、75歳以上が約90万円かかっています。

また、65歳から75歳の介護費用の平均は約5万円ですが、75歳以上では46万円です。増えた700万人に平均46万円費用がかかると試算すると、介護費用だけで3兆円増えます。最近、政府は、2025年の社会保障費が140兆円だという試算を公表しました。いまから24年前の1994年に財務省は、2025年の社会保障費は300兆円になるとしていました。危機感を惹起するための試算だと思いますが、いずれにしても大変な高齢社会となり、適切な対応をしなければ、社会保障費が国を減ぼしかねない要因となることは事実です。

●医療が変われば薬局の役割も変わる

これに対して国は、2012年に「社会保障・税一体改革大綱」を閣議決定し、「社会保障制度改革推進法」を制定して4分野の基本方針を打ち出しました。また、推進法を動かすプログラム法をつくり、5つの推進会議を設置しました。

医療制度と介護保険制度に関しては、いわゆる「医療介護総合確保推進法」が2014年6月に制定され、医療計画や介護保険事業計画、地域包括ケアシステムの構築に向けた様々な法改正のための整備を行いました。その中で、2度の診療報酬改定、介護報酬改定があったのですが、そこでは地域包括ケアシステムを2025年までに構築する、そのために病院完結型医療から地域完結型医療への移行に向けた医療機能の分化・強化・連携、さらには地域医療の充実をめざしたわけです。

地域が変わり医療が変われば、薬局の役割もおのずと変わります。薬局・薬剤師のミッションとして、薬の専門家としての地域での医薬品体制と薬物療法の質の向上とともに、医療財政(薬剤費は医療費の約20%)の健全化が求められました。調剤報酬改定にも、そのことが色濃く反映されています。

中医協では改定時期の1年半くらい前から個別の議論を始めています。改定を振り返ると、医療政策自体が大きな財政課題となっており、経済財政諮問会議の基本方針などが色濃く反映されるようになっていきます。

2016年度の改定では、かかりつけ薬局とかかりつけ薬剤師という概念が入り、厚労省も「患者のための薬局ビジョン」を策定し、患者のために医薬分業を進めるという大方針を明確化しました。2018年度改定の議論の方向性と示された課題は、対物業に係る評価の適正化でした。具体的には対人業務を重視し、対物業の評価を引き下げることが行われました。さらに、薬局の機能に応じた評価を行うということも基本方針の課題となっています。

今回の改定・改革の概要

●今年度の診療報酬改定の実績

今回の改定率については、診療報酬本体が0.55%のプラス(国費で588億円)、医療費ベースでの内訳は、医科が2100億円、歯科が200億円、調剤が160億円程度です。一方、薬価は今回9.1%と乖離率が大きかったので▲1456億円、制度の抜本改革枠として厳しい措置を受けたのが▲310億円、また、材料価格では▲99億円でしたので(いずれも国費)、薬価と材料を合わせると約1900億円(国費)のマイナスです。

調剤については、大型門前薬局について、経営の効率化、医療経済実態調査で収益率が高いことを踏まえて、通常の改定枠とは別に▲56億円という適正化が行われました。また、社会保障費の自然増圧縮のため高額療養費の上限の見直しや後期高齢者保険料軽減の見直しなども行われました。

今回の改定では、概算要求で年額約6300億円の

社会保障費の自然増を3年間で1兆5000億円に抑える。つまり、毎年の自然増をなんとか5000億円に抑えるということを目指しています。そのためには、1300億円分を減らさなければなりません。先ほど紹介した薬価と本体の合計が約1300億円のマイナスなので、目標を達成する形となり、実質の伸びが4997億円になりました。つまり、診療報酬や薬価制度に関しては、社会保障制度としてしっかりとコントロールされていることが分かります。

●かかりつけ薬剤師としての取り組みの推進

2016年度の改定では、かかりつけ薬剤師という概念が盛り込まれ、「かかりつけ薬剤師指導料」という新たな評価も導入されました。中医協では、引き続き、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師による取り組みを評価する方向で議論が進められました。受診や薬物治療を一元的・総合的に管理をすることが、地域包括ケアシステムにおける医療の最適化に大きな役割を果たすことが評価されているものと言えるでしょう。

中医協の検証調査によると、かかりつけ薬剤師に関しては評判が良かったのです。かかりつけ薬剤師が指導した場合、通常では3%の疑義照会率が9%ぐらいに増えていました。しかも薬学的内容に関わる割合が5%ぐらいを占めています。かかりつけ薬剤師指導料を算定する対象の患者さんが、複数の医療機関への受診、多剤服薬などの背景から疑義照会が多かった可能性もありますが、一方で、かかりつけ薬剤師が、その関係を活かしてより深い薬学的な関与をした結果とも考えられます。いずれにせよ、顕著な差が示される結果となりました。私はこの結果を示して、薬剤師会の勉強会などで、疑義照会率3%という数値では、薬剤師が問題を見逃している可能性があるのではないかと話しています。疑義を照会する薬学的な機能・能力は薬剤師の生命線でもあるので、強化したいと考えています。

もう1つは、かかりつけ薬剤師がいてよかったとする患者調査報告があり、一元管理と服薬指導の丁寧さが評価されています。一方で、かかりつけ薬剤師指導料を極端に多く算定していると思わ

れるところが存在することも示されています。かかりつけ薬剤師指導料を多く算定しているということは、それだけ頑張っていることになるのですが、薬剤師1人で100回以上算定している薬局を見ると42%が調剤基本料2または3の特例除外の薬局ということから適正な運用に関する懸念が示され、前回改定時に、かかりつけ薬剤師指導料を100回以上行っている薬局は調剤基本料1に復活できるという救済措置が設けられていましたが、適正に運用されていないとして今回改定で廃止しました。

今回「地域支援体制加算」という施設基準を導入し、その地域にしっかりと密着して貢献していることを評価することになりました。その要件設定に示された機能や役割は、薬局が地域包括ケアシステムの中で生き残れるかどうかの1つの指標になると思っています。また今回、その加算の基準の1つとして、医療安全にかかる取り組みの報告を初めて入れました。具体的には、インシデントレポートをしっかりと出すことが求められます。これは、外来医療の7割を薬局で調剤していますので、その意味では、薬物療法の医療安全に関わることを薬局もしっかり担っていくという認識です。担っていない薬局は地域支援体制加算を算定できません。副作用報告も同様に地域支援体制加算の要件にしましたが、将来的には全薬局が取り組まなければならないように義務化することも必要ではないかと考えています。

こうした中、製品情報などの企業情報に関しては、医薬品情報等がなかなか入手できないこともあるので、日々のお付き合いの中でMSの皆さんにご協力をしていただきたいと思います。

●服用薬剤調整支援料の新設

対人業務の評価の充実については、今回「服用薬剤調整支援料」という評価が新設されました。これは、ポリファーマシーが疑われる患者の薬を最適化するために減薬したことで評価されるものです。イメージとして、薬局薬剤師が患者の服薬情報を処方医へ提供する一環として、薬学的観点から医師に減薬を提案し、実際に医師の判断で薬を継続して減らすことができた場合に算定できる要件と

なっています。基本的には、薬局薬剤師が医療機関と連携し、情報提供することが重要なポイントになります。今回の改定の特徴は、医療機関と薬局がいかに関係するか、薬剤師がより積極的に情報提供をするかということに重きを置いた評価だといえます。2016年度改定時に医科点数表でポリファーマシーの連携加算を設け、薬局と連携した場合の評価が設定されましたが、その運用は十分に活用されませんでした。医療機関だけに一方通行的な評価の仕組みであったことも連携が進まなかった要因と思われます。そこで今回は双方向の評価になったことで連携を評価する整合性ができたこととなります。

また、「重複投薬・相互作用等防止加算」は、残薬調整とそれ以外に分けました。疑義照会をして、仮に重篤な結果となることが予測される処方の間違ひを見つけても、患者さんに「そのままでは危険でした」とは説明できません。ですから、なかなか薬剤師の仕事として見えづらいのですが、診療報酬上の加算を細分化することで、薬学的にリスクの高い問題への関与と無駄な残薬を減らすことを分けて評価する形に変えたのです。検証調査などの結果で疑義照会の状況もより明確に示されることも期待しています。

●医療機関との連携の必要性

「服薬情報等提供料」については、医療機関と連携した場合の情報提供と、薬局が単独で行った場合の情報提供を分けました。これらは、服用薬剤調整支援業務、ポリファーマシーの抑制、長期処方の分割調剤、残薬調整の報告などに関わってくる評価なので、この薬剤師の能動的な連携を評価する指標を伸ばすことが私たち薬剤師に求められています。

なぜ、このような連携が重要なのかというと、2月22日の中医協資料にあった日医総研の資料によると、診療所の医師で「患者に処方したすべての医薬品を管理している」と答えた医師は平均で19.7%でした。その意味では、薬局が一元管理をすればデータもしっかり集まるし、お薬手帳も相当普及しているのです。薬の重複投与、相互作用、



調剤報酬改定等について話す安部副会長

薬の出し過ぎなどが判明しやすいはずですが、また、かかりつけ医の業務に対する負担感調査では、在宅患者の24時間対応が最も負担とのことでしたが、2番目に3割近い人が「薬の管理」を挙げています。本来は診察・診断・治療することが医師の役割ですから、薬の管理部分を薬局、薬剤師が負うことで、医師との連携が進み、医療の質を上げ、医療費削減にも貢献できると思います。

●後発医薬品の使用促進

後発医薬品の使用促進は国の方針であり、今回は「後発医薬品調剤体制加算」を3段階に分けるとともにより高い数値目標を設定しました。調剤報酬上の施設基準は約900億円から1000億円算定されていますが、この加算を算定できないと薬局経営もおのずと厳しい状況になります。長年の取り組みもあり、後発医薬品が発売された瞬間から後発医薬品の切り替えに対応することも多くなりました。卸の皆さんの対応は様々ですが、後発医薬品が発売されるとすぐに詳しい複数社の製品情報を持ってきてくれるところもあります。後発医薬品は売上が上がらない、手間がかかる、在庫管理が大変など煩わしいことが多いと思いますが、後発医薬品を上手に使わなければ薬剤費をコントロールできない状況になりました。画期的で高額な新医薬品が創出される中、薬剤費を医療費の20%に留めるには後発医薬品を適正に使用することが必要なのです。

中医協資料では、後発医薬品の促進と入院期間

短縮の医療費抑制への貢献度を比べ、後発医薬品の伸びの抑制率が高いことが示されています。後発医薬品の調剤割合は、2018年1月で平均約72%、最高の沖縄県は82%、最低の徳島県は64%です。処方箋1枚当たりの薬剤費は約6700円で、そのうち後発医薬品は約1230円になっています。厚労省によると、先発品の使用時と比べた推定経済効果では処方箋1枚当たり約1273円安くなっています。いま処方箋は年間8億枚ですから、8億枚に1273円をかけると、1兆円ぐらい薬剤費が減っていることとなります。後発医薬品調剤割合がすでに75%を超えている薬局は51%あり、80%以上も30%ぐらいです。日本薬剤師会で作成したデータで県別の後発医薬品の利用率とその県の処方箋1枚の薬剤料を比べると、後発医薬品を使うと総額が低くなっています。今後、都道府県ごとに医療費の格差を調査して、利用率の低い県では、知事に陣頭指揮を取ってもらうことがあるかもしれません。

●門前薬局の評価の見直し

今回、門前薬局について抑制的な政策を取っており、いわゆる敷地内薬局に関しては「特別調剤基本料」は10点とかなり厳しい評価となっています。一方、医療資源の少ない地域の薬局については調剤基本料1を維持できるようにしました。医療資源が少なければ、少ない医療機関に集中してしまうのは仕方ありません。そこは配慮して過疎地域で薬局がなくならないようにしています。

中医協も介護給付費分科会もそうですが、医療経済実態調査や介護給付費等実態調査を見て、あるジャンルで、他よりも収益率が極端に高いとなると、公平な配分という観点で調整が図られます。これからは長期処方に係る分割調剤が進んでいくのではないのでしょうか。この仕組みが推進されるようになってくると、患者さんは自宅や職場の近くなど、日常生活圏内にある薬局を選択し、一元的・継続的な管理下で薬学的管理を受けることとなります。第一義的には医療安全の向上と薬のムダの抑制が目的ですが、間接的には地域包括ケアシステムの中で、身近なかかりつけの薬局、薬剤師を活用するという行動や慣習につながっていく

のではないのでしょうか。

●残薬調整に係る取り扱い

残薬調整に係る取り扱いは、卸の皆さんにはあまり関係ないかもしれませんが、今回、一定の条件下で残薬を薬局の方で調整できるような仕組みも整備しました。

残薬調整の指示のあり方については、医師の立場から「処方を手先に変えられたら困る」という意見、「残薬についての薬剤師からの確認の電話はもらえない。薬局で処理してほしい」という意見がありました。今回の改定では、処方箋様式の変更は実施されませんでした。医師が処方箋上に明確に「薬剤師の残薬調整の指示」を記載した場合について、患者と相談の上で薬局において残薬調整し事後に報告することで調整が可能であることが通知上明記されました。

●今後も継続する課題

薬価制度の抜本改革、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化、患者本位の医薬分業実現に向けた調剤報酬の見直しなどは、今後も引き続き議論されます。

今後、薬剤の自己負担の引き上げ、かかりつけ医の普及の観点から診療報酬上の対応や外来時の定額負担等について検討することが求められています。すでに、紹介状なしに大病院を直接受診すると5000円～1万円の患者負担がかかるというルールが導入されています。薬局の活用に関しても、服薬の一元管理を進めるためには、できるかぎりかかりつけ機能を発揮できる関係の薬局を活用していただきたいと考えています。例えば、1か月の間に1軒の薬局を利用した場合と複数の薬局を活用した場合で自己負担額に差をつけるなどの対応が必要となるかもしれません。自分の身近なところで一番信頼できる薬局を選んでくださいというインセンティブを調剤報酬制度上でも検討することも重要ではないかと考えています。

●医薬分業への批判と議論

2025年問題については社会保障・税一体改革大

綱の中で、来年に予定されている消費税対応により一定の目途がついたといえるでしょう。今後は、2025年以降の人口減少の中で地域包括ケアシステムや医療、介護の提供をどのようにしていくのが問題になるでしょう。

現在の処方箋受取率は70%を超えていますが、私が薬剤師になった頃は5%に満たない状態でした。当時は、処方箋を応需する薬局インフラが十分ではなく、院内投薬が当たり前でしたので、患者さんが院外処方箋を手にしても、それをどこへ持っていけば調剤してもらえるのか分かりません。医療機関としても、他の医療機関の隣には薬局があるのに自分のところにはないとなると利便性などの観点から差別化されてしまいます。一方で薬局は、処方箋が発行される医療機関の近隣では安定的な運営が確保しやすくなります。そのような環境下で急激に分業が進む中で、医療機関の隣に薬局があるビジネスモデルができました。いわゆる門前・マンツーマン型分業です。

そのような中で、分業を進める観点から「薬局の処方箋調剤」という機能整備や国民へのアピールが、いつの間にか「処方箋がなければ用がない」というイメージにさせてしまったことが、私たちの反省点です。世界を見渡すと、セルフメディケーションやOTC薬の対応をしていない薬局は1軒もありません。途上国では分業していないところがありますが、OTC薬を置いていない薬局はない。あえて言えば、米国のメールオーダー薬局ぐらいでしょう。

いまの門前・マンツーマン型の薬局は、日本特有のガラパゴスのともいえる形をとっています。厚労省の「患者のための薬局ビジョン」でも、地域の中で薬局・薬剤師の専門的かつ本質的なサービスを進めていくことが求められています。地域包括ケアシステムの中では、立地に依存するマンツーマン型の薬局運営は、次第に成り立たなくなるのではないかと思います。

しかしながら、現在5万8000軒の薬局で16万人の薬剤師が働いています。今すぐ門前でない立地にしろというのは無理な話ですから、いまの薬局インフラを使いながら、業務内容を地域のニーズ



多くの聴講者で埋まった会場

に合わせて変えていくことで、その絵姿を変えていくことが求められています。

●薬価制度の抜本改革

薬価制度抜本改革の基本方針では、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立させ、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現し、相反するものを両立させることをテーマに相当議論されました。中医協でも薬価改定について16回、費用対効果評価専門部会の議論を併せるとトータル32回にわたる議論が行われました。

具体的には、新薬創出等加算の抜本的な見直しや効能追加等による市場算定、新薬のイノベーション評価、外国平均価格調整の見直しなどの実施、今後の検討事項として費用対効果評価の導入、毎年薬価調査・薬価改定などを議論しました。結果として、薬価制度改革分で国費310億円(薬価換算で約1200億円)のマイナス改定となりました。国の施策として日本の創薬力強化プラン等に財源を投じていますが、製薬企業だけではなく研究機関や国の機関に配分されますので、抜本改革の補填とはなりません。イノベーションを求められる製薬企業としては、今回の抜本改革は非常に厳しい結果になったと思います。

●各団体への聴取とその際の主張

今回は抜本改革ということもあり、異例ですが関係団体からの意見ヒアリングが3回もありました。日薬連は、今回の改定は総じて薬価を引き下

げる方向の提案と認識せざるを得ないという厳しい態度を取りました。その中で、新薬創出等加算について対象を限定し、薬価が維持されないことについては見直してほしいとの要望があり、また長期取載品依存モデルからの構造転換を図ることは理解するものの、様々な特許期間中の新薬の薬価維持とのバランスを取ったものでなくては困る。激変緩和措置が不可欠だと主張しました。残念ながら、改定の結果を見る限りでは、新薬創出等加算の条件が多少緩和されたものの大きな枠組みは変わらなかったようです。

また、欧米の製薬団体より、イノベーションを推進する政策を放棄するとの意図を感じる、日本は米国などの新薬へタダ乗りする国になる、といった厳しい意見が出ました。医療費全体は、薬を財源にするのではなく、本体の部分についてしっかり見直してほしいといった意見も出ました。

卸連合会も同じ日に意見を述べ、流通改善のガイドラインを策定してほしいと訴えました。毎年薬価調査・毎年薬価改定関連では、中間年の調査は乖離率の大きい品目に限定し、薬価全体の改定につながらないようにしてほしい、安定的な医薬品流通が確保されるように国が主導してほしい、といった意見が出されました。薬価調査手法については負担の少ない方法で実施してほしいとし、また薬価調査結果の公表は、研究者からは生データを公開してほしいとの要求が強いが、ユーザーのデータや価格交渉の生データは公開しないようにしてほしいとの意見も出されました。その結果、



安部副会長に質問する聴講者

回収率や妥結率などの医薬品取引に関する事項、医薬品の分類ごとの数量割合・金額割合、後発医薬品の数量割合など、公表しても問題のない範囲でしか公表しないことが決まりました。

●流通改善ガイドラインの策定

また、流通改善ガイドラインは、国が主導し、関係者がガイドラインの施策に積極的に取り組めるようにしてほしいとの意見でした。それを受けてガイドラインが策定され、数日前に、卸連合会から日本薬剤師会へ遵守のご依頼があり、日本薬剤師会から全国の薬局にガイドライン遵守を本会会長名で発出しました。

流通に関しては、小さな薬局は、チェーン店や大きな病院に比べれば、卸の皆さんに対して強い交渉力はないと思います。また、半年でもう1回価格の見直しをすることになると薬局の負担も大きくなります。小薬局への配達には流通コストや手間がかかたりするかもしれませんが、単品単価契約の中で、薬局の経営が維持できるような配慮をいただきたいとお願いします。

いま、非常に厳しい財政の中で、私たちも大きく変わらなければなりません。いままでは、卸の皆さんに毛細血管のような流通を行ってもらいましたが、これからは全体のコストを抑制しなければならなくなると思います。後発医薬品の推進などで大変だと思いますが、そういった状況であればこそ2040年、2060年に向けて、新たな進歩があるのではないかと考えています。

薬局、薬剤師もしっかりと地域で頑張っていくしますので、卸の皆さんも地域の中の医薬品供給を担っていただくことにご協力いただければと思います。以上で話を終えさせていただきます。ご清聴、誠にありがとうございました。

質疑応答

質問 調剤薬局は卸にとって販売額の半分以上を占める重要な顧客ですが、どんどんスタイルが変わっています。例えば、患者さん本位という基本的なことは押さえつつ、過疎地ではテレビ電話な

どを介した医療指導の実証実験も行われています。その意味では、流通においても新たな形を考えるべきだとお考えでしょうか。

安部 昔から医師には電話診療がありました。遠隔診療が認められるようになって、新たなガイドラインと診療報酬上の評価が整備されたところです。一方で、服薬指導は法律で対面が原則となっているので、通信機器を用いた遠隔服薬指導は行えません。国家戦略特区のみで実施可能になっています。

在宅などでは通信技術を使って効率的な情報連携していることもあるので、遠隔服薬指導としての行為は可能だと思います。しかしながら、やはり主となるのは対面による服薬指導であり、あくまでもそれを補完する形で遠隔やICTを使った指導になるのではないかと考えています。実際、初対面で、ICTで患者さんと話せと言われても画面に出る情報は限られてしまいます。

また、通信速度がいくら速くなっても、画像がどんなにきれいになっても、通信で薬は送れませんので、流通への影響は想像できません。ただ、現在、卸の皆さんには微に入り細に入り、何度も来ていただいたり、突発的発注にも対応していただいたりしていますが、1日1回発注とか、急配の場合にはお金を取るとか、そのような契約はあってしかるべきだと思っています。

質問 かかりつけ薬剤師とそれ以外の場合の比較で、疑義照会が3%から9%に増えたというお話がありました。重複投与の防止は必須ですが、現実的には、いわゆる医師と薬剤師のパワーバランスの問題があると思います。例えば、処方箋の中には診断名や臨床検査値が入っていません。その中で、どのくらいの患者さんに対して、薬剤師として指導ができるのでしょうか。私も薬剤師なので、とても悩んでしまいます。

安部 今回の中医協でも処方箋による患者の検査値情報の提供をどうするかが議論になりましたが、時期尚早ということになりました。ただ様々な地域の基幹的な病院などで、相当数が検査値を出す取り組みを始めていますので、むしろ私たち薬剤師がその検査値をどう使っていくかという問題だ

と思います。一口に薬剤師といっても、新人からベテランまで、能力や経験値は違いますので、すべて同じような対応はできないと考えています。

一方で、処方から一定の病名は推察できます。患者さんに質問することで、医師からどんな説明を聞いているかなどを把握するのです。こうしたプロセスの中で薬物療法上の問題点や間違いが見つかることもあるので、カルテに病名が書いてあれば疑義照会率が増えるとは必ずしもいえません。むしろ、病名を見て薬剤師が薬学的なチェックなしに安易に薬剤を出す方が危険で、医師の指示や患者さんとの会話などから確認していくことが薬剤師の役割ではないでしょうか。もっとも、だからといって、私自身は診断名や検査値の明記が不要とは考えていません。

質問 私は米国の薬学部に行っていましたが、米国の薬剤師と比べると、まだそのレベルに達していないと感じることがあり、ぜひとも薬剤師と医師とのさらなる強い連携ができるよう医師会に働きかけていただければと願っています。

安部 はい。現在、6年制薬学教育を受けた薬剤師も増えてきました。その意味では、過去の私のような4年で薬学部を出た人間よりも臨床的な研修を積んできた人が増えてきており、そういった方向性で進められると思っています。

質問 改定年では3月は買い控えて4月に買い増すので、6月には資金繰りが大変になるという話がよく出ます。先生は、毎年改定の是非についてどのように考えていますか。

安部 基本的に、診療報酬・調剤報酬本体と一緒に改定が原則ですので、毎年改定には反対です。ただ、超高額な薬剤や拡大再算定の仕組みで改定が間に合わないことに対する対応をする必要がありました。そのために個別対応としての中間改定はある程度やむを得ないものと思っています。

ただし、全体で毎年改定となってくると、実勢価格のための調査や薬価計算の作業も大変ですし、在庫問題もあります。本当にそれで実勢価格と薬価の乖離率の問題が改善するのかという疑問もあります。そのようなことから医療界全体としても反対だと理解しています。