

2022年度「研修会」

2022年度「研修会」は、新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、
8月1日～31日にWeb講演会（録画配信）として実施しました。

講演

薬局・薬剤師を 取り巻く状況と 医薬品卸への期待



公益社団法人 日本薬剤師会
副会長

森 昌平

2022年度「研修会」の講演では、日本薬剤師会の森副会長に、「薬局・薬剤師を取り巻く状況と医薬品卸への期待」をテーマにお話しいただいた。

森副会長は、平成の30年間の薬局・薬剤師を取り巻く状況の変化を、経験談を交えて解説。また、診療報酬改定の政策形成過程と複雑な調剤報酬についても詳しく説明し、令和4年度調剤報酬改定のポイントについて言及した。そして最後に、医薬品の安定供給、品質の確保、正確な配送を担う医薬品卸への今後の期待として、特に地域包括ケアシステムへの貢献を挙げ、地域に密着した医薬品卸だからこそ地域ニーズに基づく対応ができると強調されて期待を寄せた。

*講演内容は、講演を原稿に起こし、講師校閲の上、掲載したものです。

はじめに

●小学生の頃の実家の思い出

日本薬剤師会の森です。日本薬剤師会でいろいろ担当していますが、その一つが卸薬剤師部会です。はじめに、私のプロフィールをお話しします。

私は、栃木県佐野市で薬局を開局しています。1875年に個人商店から始まりましたが、物心ついた時には、医薬品卸売業を行っていました。私が小学校4年生くらいまでは、会社と自宅が同じで、昔の居間（リビング）の隣に当直室があり、毎日職員が当直をして、夕食は家族と一緒に食べていました。時間外に電話がかかってくると、当直の職員が薬を届けていました。ある夜、当直が届けに行っている時に病院から輸液がすぐに欲しいと電話がありました。当時、輸液は牛乳瓶のような瓶に入っていたのですが、父は何かあったらいけないということで、車ではなく自転車の後ろに輸液を積んで病院に届けました。その姿を見て、自然と医薬品供給の重要性、卸の重要性を学んだように思います。

●医薬品卸を取り巻く環境の変化

その後、時代は移り、平成の30年間は、薬局・薬剤師だけでなく卸も含めて大きく環境が変化したのではないかと思います。最も大きな変化は高齢者の増加と少子化です。私が子どもの頃の新生児は170万人～180万人でしたが、直近では80万人くらいになっています。

医薬品卸を取り巻く環境の変化を振り返ると、第一に、医薬分業が進展しました。医薬品卸の皆さんの取引先は現在17万～18万軒で、分業が進展する前よりかなり増えたと思います。一方、私が大学の薬学部を卒業し、東京での薬局勤めを経て地元に戻って薬局を開いた当時は、7社の卸と取引がありましたが、今は4社になっています。医療保険財政が逼迫したため、薬剤費の抑制策としての後発医薬品の使用促進、取り扱い品目の増加、分業の進展による納品先の増加など、卸の皆さんは環境の変化による影響を受けています。一昨年、

薬機法が改正されました。以前の薬機法は、薬剤師が開設者・管理者となって開局することを前提としていました。それが現在、薬剤師以外の開設者が増加したこともあり、対応できるよう薬機法が改正されたわけですが、チェーン薬局の増加も大きな変化だと思います。

そうした社会の変化の中で、国は2025年の地域包括ケアシステムの実現に向けて様々な政策を打ち出しました。そして現在、その先の2040年を見据えた政策に取り組んでいます。2040年に向けて、社会はどう変わのでしょうか。例えば、生産年齢人口は大きく減少します。働き世代が減少する中で、医療・介護体制や保険財政などの問題があります。

そのような状況の中、医療用医薬品の流通改善として、未妥結、仮納入、総価取引の是正に向けて未妥結減算制度が導入されました。リベート・アローアンス等は縮小して仕切価に反映することが求められています。また、高額医薬品が増加し、高額医薬品の中でも特に管理の難しい医薬品も増えたのではないかと思います。さらに、薬価制度の抜本改革が進んでいます。国民負担を軽減し、国民皆保険制度の持続をする目的としては、そのとおりだと思います。ただし、医薬品のイノベーションをどうやって推進して医療の質の向上に結びつけるのかも、重要な視点だと思っています。

中間年改定は、薬局にも非常に大きな影響を及ぼします。平均的に1薬局の在庫金額は1200万円程度とされています。そうすると、毎年改定で薬価が8%程度下がると、資産価値として100万円程度下がることになります。請求薬価は、購入時の価格ではなく請求時の薬価になるので、小さな薬局、つまりバイイングパワーがない薬局は購入価よりも請求価が低いということが毎年発生します。これは薬局経営上、非常に影響が大きいです。また、中間年改定は卸の皆さんにとっても、かなり体力をそぐことになっているのではないかと思います。

新型コロナウイルスが蔓延したことによって、患者減、医薬品販売が減少し、ここ何年かは後発医薬品、先発医薬品を含めた医薬品の供給問題も、

卸の皆さんにとっての大きな環境の変化だと思います。

本日は、この30年を振り返って薬局・薬剤師を取り巻く状況の変化について、次に、診療報酬改定について、どのように決まっていくのかをお話しした上で、令和4年度改定のポイントをお話しし、最後に卸の皆さんへの期待をお伝えします。

薬局・薬剤師を取り巻く状況

●人口減少と高齢化・医療需要総量のピーク

日本の人口は、2008年がピークで、約1億2800万人でしたが、その後、人口減少段階に入っています。年齢区分別の人口の見通しですが、今後20歳～64歳の働き世代、生産年齢人口は、2025年から2040年にかけて急激に減少します。その時に医療・介護体制をどうするのか、それを支える社会保障をどうするのが大きな問題になっています。

各地の状況を見ると、人口100万人以上の都市ではさいたま市、川崎市、福岡市が2015年から2040年までの間に人口が増加する見通しですが、多くの市町村は減少します。中でも、小樽市は人口が50%減少すると予測されています。全体として人口減少社会が進む中で、人口減少の割合は地域によってかなり差があります。

こういう状況を踏まえた上で、高齢化のピーク、医療需要総量のピーク予測を見ると、例えば、東京は2040年に高齢化のピークを迎えます。一方、北海道の一部などは、2010年にすでに高齢化のピーク、医療需要のピークを迎えているところもあります。このように地域によっても、今後の高齢化のピーク、医療需要のピークはかなり異なります。まだピークを迎えていない地域は、今後どう対応していくのが課題になってきます。

●社会保障給付費の推移

私が生まれた1960年の社会保障給付費は0.7兆円でした。それが2015年には予算ベースで116兆円、2021年には129兆円になりました。

一方、国民所得は、1970年から1980年までは61

兆円から203兆円となり、バブルと言われた1990年には350兆円に達しました。ただ、その後は、社会保障給付費が急激に増えている中で、2000年、2010年、2015年と国民所得は変わっていません。

2017年度の一般会計を見ると、社会保障給付費は歳出のうちの約35%を占めていました。消費税込収入は17兆円で、歳入の17.6%となっています。多くの借金をして今までの借入を返すという非常に厳しい状況が続いています。

●社会保障・税の一体改革で目指す将来像

最近の傾向として、高齢者の住まいが自宅から様々な施設へと変わってきていることが挙げられます。今後、特に有料老人ホームなどの施設で過ごす人が増加していくと考えられています。高齢者が暮らす様々な施設の中で、いかに医療を提供していくのか、薬の管理をしていくのかが、一つの課題だと考えています。

このような社会情勢の中、社会保障と税の一体改革が進められました。ポイントは2つあります。地域包括ケアシステムの構築と、社会保障を改革する財源確保のために消費税を引き上げて、それに充てるという改革です。

なぜ消費税なのかとよく言われますが、所得税や法人税は景気の影響を受けやすいのですが、消費税は安定しているからです。その安定した財源で社会保障と税の一体改革が進められ、高齢になっても地域の中でその人らしい生活ができる地域包括ケアシステムの構築が進められています。2017年当時、消費税込収入は17兆円でしたが、消費税率が10%になって21兆円になり、増収分は社会保障の充実のために使われています。

●医薬分業に関する30年間の変化

薬局の現状を見ると、1974年の処方箋の受取率はほんのわずかあり、医薬分業元年と言われました。1989年になって、国立病院での処方箋の発行が進んでから、急激に分業が伸びてきて、当初、処方箋の受取率の上限は70%と言われていましたが、2020年には75%に達しています。

平成の30年間で、1988年当時3万6000軒だった



薬局・薬剤師を取り巻く状況と医薬品卸への期待について講演

薬局は約1.6倍の約6万軒となり、薬局に勤務する薬剤師も、4万5000人から17万2000人に増えています。また、20店舗以上のチェーン薬局が増えています。

もう1点、処方箋の受取率が伸びた中で、医療費に占める調剤費の割合もかなり増加しました。1998年当時、歯科の医療費は2.5兆円でしたが、調剤医療費が歯科に並び、分業が進んだと実感した記憶があります。2020年は新型コロナウイルス感染拡大の影響があって、医療費が下がっています。それでも調剤医療費は7.5兆円になり、医療保険財政が逼迫する中で、本当に薬局での調剤が費用に見合うのかという指摘がここ何年か行われています。

そういう意味で国民医療費を見ると、保険料として患者負担、事業主負担、税金になります。本当にこれだけのお金を注ぎ込むことが適正なのかという指摘がいろいろなところにあります。

●薬局における調剤業務の変化

そうした指摘はありますが、処方箋受取率の伸びだけでなく、薬局における調剤業務も変化してきたと思います。

私が薬学部を卒業した当時は、ちょうど調剤業務で言えば第二世代から第三世代に入る頃で、いわゆる情報調剤の走りの時代でした。第二世代は、処方箋を見て処方内容を確認し、何か疑問があれば医師に疑義照会をして、調剤し、服用方法を説明して患者さんに薬を渡す時代でした。それが、私が大学4年の時、いくつかの薬局を見学させて

もらった際には、患者さんと話をして様々な情報収集を行い、アレルギー歴、副作用歴や他の医療機関の受診状況などを聞いて、記録し、その記録を基に前回の処方と比べて調剤を行い、服薬指導を行っていました。

今は第六世代に入っています。大きな変化は、第五世代の後発医薬品の調剤ではないかと思えます。第四世代までは、薬剤師は処方箋に従って正しく調剤する。それが自分たちの仕事だとして進めてきましたが、患者さんと相談して後発医薬品を選択することになりました。これは、薬剤師の仕事の大きな変化でした。

第六世代では、患者さんの薬を一元的に継続的・全人的に管理することが求められるようになりました。また、医療の高度化に伴い、がん治療など専門性が高く、より高度な薬学管理が必要になり、さらに処方日数が長期化しました。長期服薬期間中のアドヒアランス、副作用の管理をどのようにするかなど、かかりつけ医と連携しながら患者さんを支えることが求められています。多様な施設への入居者がいる中で、施設入居者への薬剤師としての対応もあります。

また今後は、卸の皆さんにも関わってきますが、地域単位でいかに24時間調剤体制を構築するかが焦点になります。これは1人の薬剤師、1軒の薬局が頑張っただけでは実現できません。地域の薬局が連携し、地域で必要な医薬品を過不足なく提供できる体制をいかに構築していくかが課題の一つだと思っています。

●法改正に至る議論の経緯

このような中で、薬機法が改正されました。法改正に至る議論の経緯の中で、日本薬剤師会（日薬）は以下のような主張をしました。

- ①薬局の機能の明確化。旧薬機法では、薬局は調剤する場所となっており、一般用医薬品等を扱う時には、その場所を含むということでした。すべての薬剤を供給するのが薬局の責務です。そのため、ここはどうしても変えたい、ということ、かなり強く意見しました。
- ②多店舗展開を行っている薬局におけるガバナンス

スの確保。旧薬機法では、1人の薬剤師が自分で薬局を開設して管理薬剤師になり、薬局業務を行うことを前提としていましたが、チェーン薬局でいくつかの不祥事があり、中間管理職が関わっていました。経営者は何も知らず、中間管理職が行ったとのことでしたが、薬局開設者の責任や中間管理職の責任をしっかりと明確化しなければならないということで、多店舗展開を行っている薬局におけるガバナンスの確保を主張しました。

- ③「地域医薬品供給体制確保計画（仮称）」の整備。今回、薬機法に反映されませんでした。今後の過疎化等を踏まえ、全国どこでも、地域住民が医薬品にアクセスできるようにしなければなりません。そのことは今の医療計画の中にはないため、仮称ですが「地域医薬品供給体制確保計画」を策定して、国民が必要な医薬品にアクセスできるよう体制整備を行うべきと提案しました。
- ④服薬期間中を含めた対人中心業務の必要性の明確化。これまでも服薬期間中に患者さんに電話等でフォローしていました。そのことを法律に位置づけて、さらに業務を推進したいと提案しました。
- ⑤患者・地域住民が使用した全ての医薬品の服用記録の保存。これまでの調剤録は、調剤した「物」に対しての記録が中心でした。指導内容も含めて記録すること、一般用医薬品等の記録の必要性も含めて主張しました。

●特定の機能を有する薬局の認定

今回の改正で、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局という認定薬局の標ぼう制度ができました。地域連携薬局に関しては、イメージとしてかかりつけ薬局に近いものだと思えばいいと思います。かかりつけ機能が充実した薬局を地域連携薬局と位置づけました。専門医療機関連携薬局は、今回はがんに関しての治療をがん拠点病院等と連携して実施する薬局を位置づけ、そのことを表示することにより、地域住民が自ら薬局を選択できるようにしました。

かかりつけ機能、がん患者への対応は薬局とし

て、そもそも備えていなければならない機能になります。専門医療機関連携薬局でないのがんの薬は扱えないのかということ、そうではありません。そうした機能が充実し、一定の要件を満たしたところが、専門医療機関連携薬局、地域連携薬局として認定されることになります。

薬局の求められる機能として、かかりつけ機能、健康サポート機能、高度薬学管理機能があり、これらはすべての薬局が有すべき機能です。まず目指すのは、すべての薬局がこの3つの機能を充実させることです。

診療報酬改定の政策形成過程

●中医協の組織構成と役割

次に、診療報酬改定の政策形成過程と調剤報酬についてお話しします。

社会保険医療協議会法の中で、厚生労働省に中央社会保険医療協議会（中医協）を置くことになっています。地方医療協議会には、都道府県の先生方が参加していることが多いと思いますが、社会保険医療協議会法に定められています。なぜ中医協が目されるかというと、診療報酬、調剤報酬という医療機関、薬局の経営に影響のある協議会であることはもちろん、厚生労働大臣の諮問で審議して答申をするからです。診療報酬、調剤報酬の内容は勝手に決めることができません。

中医協には総会があり、専門的に協議しなければならないところや、調査しなければならないところは総会の下の方科会で議論などが行われます。私は消費税分科会の委員ですが、そこで検討したものを中医協の総会に報告して、最終的には中医協の中で決めていくことになります。

現在の中医協の委員構成は、保険者等を代表する支払側委員（1号側）は7人、医師・歯科医師・薬剤師を代表する診療側委員（2号側）は医師5人、歯科医師1人、薬剤師1人の7人。これが同数になっていて、何かあった時に裁定する公益委員（3号側）が6人。その他に専門委員がおり、医薬品卸の委員もここに入っています。

中医協は、2004年度改定までは全体の改定率、改定の基本方針の決定、個別の点数の設定のすべてを行っていました。私が日薬の役員になった2004年に中医協改革があり、中医協の役割が変化しました。2006年度からは、全体の改定率は内閣で決定し、改定の基本方針は社会保障審議会の中の医療部会、医療保険部会で議論します。医療部会では日本の医療のあるべき姿を議論し、医療保険部会は保険医療の視点を踏まえて議論し、その両部会で検討して基本方針を策定します。その策定した基本方針に基づいて、中医協では、個別の点数を設定します。

●診療報酬改定の政策形成の流れ

政策形成過程ですが、まず2月に答申が行われ、答申が行われると同時に附帯意見が付きまします。そして4月以降、約2年間かけて次期改定に向けた議論が開始され、概ね1年後に、医療部会、医療保険部会の中で、改定の基本方針の検討を始め、改定の基本方針のとりまとめを12月に行い、中医協が厚生労働大臣あてに改定意見を提出します。それを受けて1月に、厚生労働大臣から中医協に諮問されて、最終的に2月に答申という流れになります。

ところが、ここ7年～8年ぐらい、中医協に影響を及ぼす動きが出てきました。

一つは、経済財政運営と改革の基本方針、いわゆる骨太の方針（骨太）です。例えば、2018年には、オンライン診療、オンライン服薬指導の推進が記載され、次期報酬改定においても評価をすべきとされています。調剤報酬に関しては地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう調剤報酬の在り方について引き続き検討すること、後発医薬品の使用促進についても引き続き取り組むこと、かかりつけ薬剤師の普及を進めることが、骨太に明記されています。この骨太は全大臣が合意した閣議決定であり、骨太で示された方針に基づき具体的に何を行うかを定める成長戦略会議があります。

もう一つ、診療報酬、調剤報酬に影響を及ぼすのが、財務大臣の諮問機関である財政制度等審議

会（財制審）です。非常に衝撃的だったのが、2017年10月24日の新聞で報道された、調剤報酬の大幅引下げです。財制審から出されたもので、論点は、医薬分業の進展によって処方箋の枚数の増加のみならず処方箋1枚の単価の増加に、調剤医療費のうち薬剤料等を除いた技術料の伸びが入院医療費や外来医療費と比較して大きなものになっているので、それをどうしていくのかという指摘でした。

2018年度の改定は、これまでの診療報酬改定の流れで出たものですが、4月に財政制度分科会の中でも調剤報酬の見直しを行うべきという意見が出されました。6月には骨太が出され、9月から医療保険部会、医療部会で改定の基本方針の議論が開始され、10月に財政制度分科会で調剤報酬の改革が出されて11月に行政改革推進会議が開催されました。このように、財制審での意見が非常に大きく反映されるようになってきています。

財制審以外にも、診療報酬改定に影響のある会議はいろいろあります。例えば、総理が議長となり、日本経済の今後について、大きな視点から方向性を出す経済財政諮問会議です。また、骨太で示した方針をいかに具体化し、実効性のあるものに移していくかを定める成長戦略会議や、国の方針を進めるために規制改革を行う規制改革推進会議があります。以前は、診療報酬に関してすべて中医協の中で決めてきましたが、厚生労働省の中だけではなく、経済財政諮問会議や規制改革推進会議が影響を持ってきました。

令和4年度の調剤報酬改定

●調剤報酬体系

令和4（2022）年度の調剤報酬改定について説明します。

調剤報酬体系は卸の皆さんには馴染みがないと思いますが、ぜひ理解してもらいたいと思います。今回、調剤報酬の体系が大きく変わりました。

調剤報酬体系は、改定前まで、調剤技術料と薬学管理料で構成されていました。調剤技術料には調剤基本料と調剤料があり、調剤基本料は薬局の

維持運営・管理費用、調剤料は薬を調剤する報酬でした。一方、薬学管理料は、患者への指導、薬歴の作成・管理・活用、医師への服薬情報等提供に加え、薬剤師の薬学管理全体に関する位置づけでした。これらの調剤基本料、調剤料、薬学管理料という技術料があって、それに薬剤料と特定保険医療材料料で調剤報酬が構成されていました。

2020年11月の調剤報酬の構成は、処方箋1枚あたり技術料は2451円でした。そのうち調剤料が1228円で50%ほどを占めています。これに対し、「棚から薬を取ってくるのが技術料の半分を占めるのか」とずっと指摘されてきました。これは誤解で、調剤料は棚から薬を取り揃えることを評価したものではありません。

2020年の調剤報酬の構成をマクロ的に見ると、全体の技術料が1.9兆円。そのうち調剤料は約0.9兆円で、約半分を占めています。そのことが政府の骨太の中でも、「調剤料などの技術料について、改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う」と指摘されました。これは2015年の財制審ですが、私は非常に驚きました。調剤報酬での適正化とは「下げる」とほぼ同義です。要するに調剤報酬全体を下げろということで、さらに調剤料に関しては投与日数に応じて調剤料が高くなる仕組みを見直すように指摘されたのです。一包化に関しても同様です。

●調剤報酬での評価

一方、3月までの調剤報酬体系ですが、調剤報酬で何が評価されていたのでしょうか。調剤報酬点数表の中に、調剤基本料が何を評価しているかの記述はありませんが、保険薬局を運営・維持するための費用で、例えば、建物を建てたり、設備を入れたり、備品を購入したり、当初の医薬品の備蓄も含まれると思います。調剤録の整備、研修費用や請求費用、感染防止対策。感染防止対策に関しては、昨年コロナ対応のための感染対策は臨時的な取り扱いとして、基本料の加算として評価されていました。

次に、主に調剤料で評価されていた部分ですが、

処方箋を受け付けると、まずは患者情報を確認します。お薬手帳や薬歴などを確認しながら処方監査を行うのですが、ここでは薬歴を使うので、薬学管理料で評価している部分となっています。処方監査を行い、調剤設計をして、薬袋を作成します。処方監査、調剤設計は、薬学的な仕事で、いわゆる対人業務にあたります。したがって、調剤料は決して棚から薬を取り揃えることを評価したものではありません。

そうして調剤薬の鑑査後、患者さんに服薬指導をして交付し、調剤の記録・薬歴を作成して、服薬期間中のフォローをしています。この部分は、主に薬学管理で評価されている部分ですが、そのことが中医協の中でも、なかなか理解してもらえなかったことになります。

●一包化について

一包化については、機械化されているのではないかという指摘を受けました。まずその患者さんに一包化が必要かどうかの判断をします。飲み間違えがあるとか、飲み忘れがある、手が不自由でヒートから出せない。そういう人が対象になっていて、薬剤師として、一包化の必要性があるかどうかを判断しています。

一包化が必要だと判断したら、次に今回処方されている薬について製剤学的に一包化が可能かどうかを判断します。もし適さない時には、医師に相談します。例えば、先発医薬品では非常に吸湿性が高いが、後発医薬品では吸湿性に問題がないというものもあります。そうして、製剤学的課題を解決した後に、薬学的知見に基づく調剤設計をします。例えば、便秘の薬など調整しながら服用する薬は別包とするなどの検討を行い、最終的にどう調剤するかを決定します。

調剤設計後、薬を取り揃え、取り揃えた薬剤を確認し、一包化して、最終的に調剤薬の鑑査を行っています。決して一包化という行為だけを評価しているのではなく、重要なことは、薬学的判断に基づいて一包化を行っているということです。

一包化の方法も、朝の薬だけを一包化して薬袋に入れる、昼を入れる、夜を入れるというパター

ンもあれば、朝・昼・夕、朝・昼・夕というように連続して分包する時もあります。そこは患者さんや介護者の状況に応じて、個別最適化した調剤設計を行っています。

その上で、投薬後も患者さんがきちんと服薬できるようにフォローしています。このことも、なかなか理解されてこなかったことです。

●薬局経営の実情

これまでも累次の改定で少しずつ調剤料を見直してきましたが、「技術料に占める調剤料の割合は50%を超えている」という指摘を受けてきました。そういう指摘がある中で、薬局の経営は年々非常に厳しくなっているというデータがあります。

もう一つは、収益差額の最頻階級（最も多くの薬局が分布しているところ）が、2019年は0円～400万円ですが、2021年になるとマイナス400万円から0円になっていることです。医療経済実態調査の結果では、最頻階級の薬局は平均、年間163万円の赤字になっています。さらに、約4割の薬局が赤字の状況にあります。

これを店舗数別に見ると、店舗が多ければ多いほど黒字で、収益差額も収益率も高いという結果になっています。収益率が高いこと自体が悪くはありませんが、こうした二極化した中で、今後どうするのが課題で、外部からも指摘されているところでは。

●調剤基本料などの見直し

調剤基本料は、薬局を維持・運営する費用を評価したのですが、これまで、処方箋の受付枚数や収益率など薬局経営の効率性を踏まえて基本料を設定してきました。一方、一定の機能があるところは、地域支援体制加算として評価を行っています。

もう一つ、財制審から同一敷地内薬局等に係る調剤基本料の見直しについての指摘がされており、日薬も同一敷地内薬局については明確に反対しています。それには、いくつかの理由があります。一つは、適正な医薬分業のためには保険医療機関と保険薬局は構造的にも経済的にも機能的にも独



診療報酬改定や調剤報酬改定について説明する森副会長

立していなければならないことです。また、かかりつけの推進、地域包括ケアシステムの構築に逆行しています。大きな病院の中の敷地内につくった薬局に、外部からわざわざ患者さんが行くでしょうか。財務省も報酬のみならず規制的手法を用いて対応すべきと指摘しており、その点はそのとおりだと思います。

後発医薬品調剤体制加算の見直しも指摘されています。後発医薬品の使用割合を全都道府県において80%以上にするを目指していますが、後発医薬品の使用割合が伸びていっても適正化金額と、後発医薬品調剤体制加算の金額とが見合わない指摘されています。年に2回、新規の後発医薬品が薬価収載され、薬局では対象となる患者さんに説明をし、後発医薬品に変更することを勧めています。後発医薬品調剤体制加算は、この様な毎年、新規収載される後発医薬品に関しての対応や、在庫管理等を含めての評価だと考えます。また、財務省からは今回リフィル処方箋の導入をすべきであるとの意見があり、今回の改定で処方箋様式の見直しとして、リフィル処方箋の仕組みが導入されました。

●調剤の概念

調剤の定義はないのかとよく言われますが、個別の業務内容で調剤を定義することは困難だと思います。なぜなら、調剤業務は時代に応じて変化（進化）しているからです。私が大学を卒業した頃は処方箋に従って正しく調剤し、患者さんにお渡

しすることが主な業務でしたが、現在では服薬指導をする、薬歴を管理する、後発医薬品に変更する、在宅で調剤をする、服薬期間中にフォローするなど、業務は大きく変わってきました。

そのため日薬では、調剤の概念を「薬剤師が専門性を活かして、診断に基づいて指示された薬物療法を患者に対して個別最適化を行い実行することをいう。また、患者に薬剤を交付した後も、その後の経過の観察や結果の確認を行い、薬物療法の評価と問題を把握し、医師や患者にその内容を伝達することまでを含む」と定義しています。

1990年の米国のHepler教授とStrand教授が提唱した「Pharmaceutical Care」という概念が出た時、私は目からうろこでした。薬物治療の結果に薬剤師が責任を持つということです。日本にこの概念が幅広く知られるようになったのは、1993年に日本で行われたFIP東京大会だと思います。当時は、正しく薬をつくって、きちっと飲ませることが中心でしたが、その患者さんの薬物治療の結果に責任を持つとは、何ができて、何をすべきなのかと考えさせられました。

●歴史の中の薬剤師

対物中心の業務から対人中心の業務へと変わっていますが、確かに対人業務を充実することは重要だと思います。ヨーロッパで薬剤師という職業が生まれて約800年になりますが、薬剤師は地域住民、国から信頼されて生き残ってきました。800年前、ヨーロッパでは薬剤師以外でも薬を扱えました。その中で薬剤師という職業が現在も続いているのは、薬剤師がプロ意識を持って仕事をしてきたことで国民から信頼を得てきたからだだと思います。800年前は現代とは異なり、いい加減な部分のある世の中だったと思うのですが、その時でも薬剤師は、きちっと100gだったら100gを計り、90gにしたら10%の利益になりますが、そういう不正を薬剤師は一切してこなかったのです。

そして、薬の品質とその管理もしっかり行ったこと。この薬に何がどのくらい入っているか、企業秘密の部分もあったと思いますがきちんと内容を表示したこと。地域で安心して安全に薬が使わ

れるように、共通の規格を作成したことや、地域の中の危険な薬の管理を適切に行ってきたことなどを通して、薬剤師は信頼され、育ってきたのだと思います。

●薬局・薬剤師の果たす役割

医師は医療及び保健指導を、歯科医師は歯科医療及び保健指導を、看護師は療養上の世話と診療の補助を行います。医療職の中で、物と人の両方の責務を負っている職種は薬剤師だけです。物の責任は誰が負っているかということ、それは薬剤師になります。医薬品の購入から最終の使用段階に至る全ての過程において品質保持に責任を持つのは薬剤師の責務です。卸の皆さんは品質を保証し医薬品を納品してくれます。薬局では適正な流通を経た医薬品を購入し、保管・管理して、患者さんが医薬品の特性に基づき適正に使用できるようにしています。

狭い意味での医薬品管理を考えると、卸の皆さんから納品されて調剤するまでとなり、こここのころの管理はある意味当たり前で、薬局の中で、温度管理、湿度管理、光線管理をしています。

もう一つ重要なことは、交付後、服用終了まで薬剤師の指導下で適切に保管・管理できるようにすることです。特に、広義の医薬品管理が薬剤師の腕の見せ所だと思います。

対人業務として、個別最適化をして調剤を実施するため、薬剤師は生涯学習を通して医学・薬学に関する様々な新しい知識を学びます。そうした医学・薬学の知識、疾患の経過や生理機能、生体機能、治療への希望など個々の薬物治療の問題点を踏まえて、処方監査、疑義照会、処方提案等を行い、個別最適化を実施して、患者さんのQOLの向上に取り組んでいます。

薬剤師の最も重要な仕事の一つに、疑義照会があります。医師とは独立した立場で、処方内容を確認しています。これまではどちらかと言うと、添付文書の情報を基に、薬剤の使い方に関しての疑義照会が中心で、照会するのは処方した医師だったように思います。今後は、患者さんの服薬情報を一元的・継続的・全人的に管理する必要が

あります。一般用医薬品等を含めて管理し、添付文書はもちろん、薬物治療、薬物動態、検査値等の情報をフルに活用し、全人的な管理では処方医以外への照会や、処方提案型の疑義照会が求められていると思っています。

様々な診療科にかかっても、一元的・継続的・全人的に管理・指導を行うことが薬剤師の果たすべき役割です。ワクチンも医薬品なので、当然、薬剤師が関与すべきと考えています。ワクチンに関する正しい情報提供も必要ですが、例えば、新型コロナに関するワクチンでは接種後の副反応時のアドバイスを積極的に行うべきだと思います。患者さんによってはアセトアミノフェンを服用してはいけないとか、ロキソプロフェンを避けるべき患者さんがいます。そうしたことを接種前にかかりつけの薬剤師がアドバイスをして、その患者さんの希望に応じて適切な薬を提供することも果たすべき役割だと考えます。

●かかりつけ薬剤師の国民からの評価

2021年2月の内閣府の調査「薬局の利用に関する世論調査」では、高齢になればなるほど薬局を一つに決めているという結果でした。また「かかりつけ薬局を決めてよかったことがある」という回答の中で多かったのが、生活状況や習慣などを理解してくれた上で、薬について説明などをしてくれたことで、約5割に上りました。少しずつ薬局のかかりつけ化が進み、このような結果が出てきていますし、この状況をさらに伸ばしていかな



日本薬剤師会の政策提言について紹介する森副会長

くてはならないと思っています。

医療機関の近くに薬局があって、そこを多くの人が利用しており、かかりつけが進んでいないと指摘されていますが、処方箋の発行が進んでいない時代に国民がどこに行ったら薬を調剤してもらえるのかという不安があった中で、医療機関の近くに薬局ができた経緯があったと思います。これだけ医薬分業が進み、どの薬局でも処方箋を受けられる体制が整備され、全ての薬局がかかりつけ機能を強化しています。国民の皆さんには、何かあった時にすぐに相談できるかかりつけ薬剤師・薬局を持ってもらいたいと願っています。自宅の近くでも職場の近くでも構いません。薬局の良し悪しは1回の利用で評価できないこともあると思います。2回目以降の来局時に、薬歴を活用して適切に指導してもらえると感じたら、その薬局ではきちんとした管理・指導が行われていると思います。そのような視点で薬局を選んでもらえればと思います。

●PHRの利活用による服薬管理の提供

今、国はデジタル化を進めています。例えば、オンライン資格確認の仕組みを利用して、様々な医療情報や介護情報が共有できるようになります。それに伴い、薬局も大きく仕事が変わることになり、リアルタイムで処方情報や調剤情報が共有できるようになります。オンライン資格確認の仕組みを利用した情報は、多くの薬局が利用することによって、より多くのメリットが生まれます。

この情報はPHRとして患者さんも見られるようになります。そのため、お薬手帳は必要ないのではないかという人もいますが、お薬手帳は患者さんのものであり、調剤情報だけでなくOTC医薬品等の情報も含んでいます。また、薬剤師は服用上の注意事項等も手帳に記入しています。さらに患者さんは自分で気づいた体調の変化等も記載しています。処方情報、調剤情報を国民が確認できるようになっても、お薬手帳は必要だと思います。

●令和4年度調剤報酬改定のポイント

令和4年度の診療報酬改定の基本方針のポイント

トについてお話しします。

一つは、新型コロナウイルス感染症への対応でした。今後、新型コロナも含めて新興感染症に対応できる医療体制をどう構築していくのかで、もう一つは医師の働き方改革です。

全体では診療報酬+0.43%。医科+0.26%、歯科+0.29%、調剤+0.08%という改定率でした。厳しい財政の中でも、なんとかプラス改定になりました。ただ薬価改定は、薬局、卸ともにダメージを受けたのではないかと思います。調剤報酬改定のポイントは、あくまでも対物業務が基盤であり、その上で対人業務へどうやって転換していくのかという方針の中で調剤報酬体系が見直されました。この評価体系の見直しに合わせる形で服薬指導等の業務の見直しと外来服薬支援に関する評価を見直し、今までは調剤料の加算として評価されていた一包化加算を薬学管理料で評価するようになりました。

対人業務の充実では、糖尿病患者に対する調剤後のフォローを充実させたことに関する評価や医療的ケア児に対する薬学的管理の評価も行われました。入院前に複数の医療機関で患者さんが薬を飲んでいることもあり、入退院時の連携が非常に重要になってきています。今までは入院時に患者さんが持参していたことが多かったと思いますが、入院前に薬局ですべての薬を整理し、その情報を医療機関に提供することが評価されました。あとはポリファーマシーへの対応やそれに係る減薬提案、同一薬局の利用促進などがあります。

もう一つは、薬局の機能と効率性に応じた評価の見直しとして、規模によらず機能があるところは適切に評価し、効率的なところは適正化する方針で進んでいます。ICTに関して、オンライン資格確認を国も推進するというので、そこへの点数も付いています。

厚生労働省が出した薬局の調剤業務の流れでは、①患者情報の分析・評価、②処方内容の薬学的分析、③調剤設計、④薬剤の調製、取り揃え、⑤最終監査、⑥薬剤の交付、⑦調剤記録歴の作成があり、このうち①②③⑥⑦は患者さんの状態や処方内容等に応じた薬剤師による薬学的判断を伴い、



医薬品卸への期待について話す森副会長

対人業務を含むと書いてあります。この部分は、これまで調剤料として評価していましたが、調剤管理料として評価することになり、④⑤は、薬剤調製料として評価することになりました。

●薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直しでは、薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価が服薬管理指導料として新設されました。これまでの調剤料は、調剤技術料の中で薬剤調製料として、薬学管理料の中で調剤管理料として再編されました。

また、一包化加算はこれまで調剤料の加算として評価されてきたものを、薬学管理料の中の外来服薬支援料の中で評価されることとなりました。

薬剤調製料は、日数によらず一定の評価24点となりました。

●対人業務の評価体系の見直し

対人業務の評価体系の見直しでは、調剤管理料に関しては、これまで調剤料の中で評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等を評価することとし、1剤につき、投薬日数に合わせた点数となり、服薬期間に応じた評価となっています。

薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務は、服薬管理指導料として評価され、2点ずつ増点になっています。増点になった理由は、対物業務中心から対人業務中心へという流れの中で評価を充実したことと、処方された

薬剤について、薬剤師が必要と認める場合、患者さんの薬剤の使用状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施することが要件となったためです。

一包化加算については、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者さんの服薬管理を支援した場合の評価として、外来服薬支援料の中で評価されることとなりました。

●医療的ケア児について

また、なかなか目のを見なかった医療的ケア児への対応に係る評価ですが、複雑な調剤とともに家族にも服薬介助の負担があり、看護状況を踏まえた調剤をすることが必要となります。私は30年前に医療的ケア児を受け入れたことがあります。ある大学病院から小児の中心静脈栄養に関して受け入れ可能かと電話がかかってきました。当時、医療的ケア児を在宅で診る体制とはなっておらず、退院調整ができない状況で、大学病院の医師と連携して受け入れ体制を整備しました。多くの微量な薬剤を調製する必要があり、かなり慎重に調剤する必要がありました。現在は、地域の中での体制が整ってきて、医療的ケア児の治療が行われています。

例えば、散剤の処方では、ハイリスク薬を含む多くの薬剤の投与が行われ、粉碎、脱カプセルを含めて対応します。小児薬用量の確認、調剤設計のみならず、家族の服薬介助負担軽減も考えた調剤を実施しなくてはなりません。

日薬の調査では、薬剤の調製だけでも平均2時間かかっていた。これまで、そのことが一切評価されていなかったのですが、今回評価してもらえました。

●対人業務の評価の充実

入院予定の患者さんの服用薬に関する情報等を一元的に把握し、必要に応じて持参した服用薬の整理を行うとともに、医療機関に対して当該患者さんの服薬状況等について文書により提供した場合の評価として、服薬情報提供料3が新設されました。ある意味で画期的なことです。

また、かかりつけ薬剤師・薬局を推進していますが、かかりつけ薬剤師が在宅対応や学校薬剤師のため不在となる時があります。やむを得ない事情の時に、かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の「服薬管理指導料の特例」という評価が新設されています。

●調剤基本料と特別調剤基本料の見直し

調剤基本料、加算に関しては一定の機能を有するところに関しての評価が見直されました。今回、300店舗以上の薬局に関して、医療経済実態調査の結果、効率性がいいということで点数が設定されました。

医療経済実態調査の結果から、薬局の経営状況は二極化しており、今後どう考えていくかは引き続きの課題になっていると思います。これまで敷地内薬局に関しては、経営効率性がいいということで、調剤基本料を9点として他と差をつけていましたが、今回の改定では7点にしています。

また、これまでは調剤基本料だけで対応していましたが、今回から調剤基本料の加算の地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算に関しても対応し、100分の80ということになりました。

さらに、薬学管理料の中でも対応が行われ、医療機関への情報提供を評価した服薬情報等提供料に関して、同一敷地内の医療機関に関して情報提供を行った時には算定できないこととなりました。敷地内薬局に関しては、日薬のみならず、中医協の中でも多くの委員から否定的な意見が出ており、そのための対応が行われたと思います。

●地域医療に貢献する薬局の評価

一定の機能を有する薬局は、調剤基本料の加算として地域支援体制加算が算定できるようになっています。

施設基準としては、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として、地域医療に貢献する体制を有することを示す実績、一定時間以上の開局、十分な数の医薬品の備蓄、24時間調剤、在宅対応体

製の整備、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、保健医療・福祉サービス担当者との連携体制などが求められています。

これまで、地域支援体制加算は2区分でしたが4区分となり、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価となりました。

●後発医薬品の使用促進

後発医薬品に関しては、今まで75%、80%、85%以上を評価してきました。今、後発医薬品の安定供給に大きな支障をきたしています。これは薬局のみならず卸の皆さんも苦勞していると思います。このような状況の中、75%での評価を残したかったのですが、全体の後発医薬品の平均使用率が約79%まで達している中では評価を残すことができませんでした。今回は80%、85%、90%という評価になりました。

●オンライン資格確認システム活用の評価

電子的保健医療情報活用加算が新設されました。今後、オンライン資格確認システムの基盤を使って様々な医療情報や介護情報が共有できるようになります。これは、国でも進めています。現在、オンライン資格確認のシステムを導入している薬局では、患者さんのレセプトの服薬情報、特定検診情報を確認することができます。それらの情報を取得して、調剤に活用した時に月1回3点算定できます。

また、薬剤情報等の取得が困難な場合は、3月に1回に限り1点を算定できます。この仕組みを国民が利用することにより、医療の質の向上につながるはずですが、マイナンバーカードを使用しなくても、算定できるようになっていますが、マイナンバーカードを利用するメリットを国民に伝えることを評価した点数だと考えています。

●リフィル処方箋の仕組みと留意点

症状が安定している患者さんについて、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みが導入されました。4月から、処方箋

の下の方にリフィル可の欄ができました。医師がリフィル可とする場合は、記載して、最大3回まで指示を出すことができます。

留意事項として、リフィル時の処方箋の有効期間、リフィル処方箋の薬局での取り扱い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合の対応などが決められています。リフィル処方箋は、あくまで医師が患者さんの病状等を踏まえて、個別に医学的判断に基づき発行を行うもので、発行されたものに対して薬剤師は責任を持って対応します。4月から導入されたリフィル処方箋は高齢社会の慢性疾患管理の選択肢の一つで、医師と薬剤師、そして患者さんが連携して慢性疾患管理を行うこととなります。その中では医師と薬剤師の連携によって薬物治療の質を確保していくことが大事だと考えます。発行されたリフィル処方箋に責任を持って取り組んでいきたいと思っています。

日本薬剤師会の政策提言

●目指すべき薬剤師・薬局の姿

日薬では、昨年初めて政策提言を出しました。国民が安心して医療の恩恵を受けられる超高齢社会実現のための提言です。

薬局の特徴は、医薬品を備蓄・管理していることです。地域に必要な医薬品を薬局で備蓄するとともに、品質はもちろん情報も管理します。患者さんから得られた情報を集積して、それらの情報を評価した上で、すべての医薬品を提供して、地域住民が薬を安心・安全に使えるように薬剤師サービスを提供します。

この仕組みを目指していますが、日薬はこれまで薬剤師の職能の向上、薬局の機能の向上に重きを置いていました。今後は地域単位の24時間調剤体制の構築が重要であり、医療計画と同様に全国の各地域の中で、いかに医薬品提供計画を立て、過不足のない医薬品を提供するかを非常に大きなテーマとして取り組んでいます。

●医薬品卸の役割

一方、医薬品卸の役割・機能は、医薬品の品質を確保した安定供給、正確な配送だと思えます。他の業種と違うところは、卸の正規ルートでは問題が起きたことがないことです。また、地域で必要な医薬品の備蓄・管理を行っており、例えば、うちを担当しているMSさんは、うちの薬局で使用している医薬品の発注サイクルを把握しており、切らさないようにしていました。

情報活動も重要で、卸の皆さんからの製品情報、安全性情報は有用です。急配については、今後どうするかが課題となっていますが、本当に頭が下がる思いです。最低薬価の薬は1箱約600円ですが、それをすぐに届けてくれる流通業は他にないと思えます。生命関連商品の医薬品の卸であるという使命で届けてくれているのだと思えます。

返品対応も課題となっていますが、卸の役割の一つだと思えます。金融機能も卸の重要な機能で、うちも薬局を始めた時、支払いサイトを長くしていただき本当に助かりました。仮に支払いサイトが3カ月だとすると、1カ月の医薬品の販売額が0.8兆円なら、2.4兆円の金融機能を卸の皆さんが担っていることとなります。

価格交渉、価格形成機能、薬価調査への協力による医療保険制度への貢献も卸機能の一つだと思えます。ただ、このことは、なかなか外部ではわかってもらえてないのではないかと思います。

●地域包括ケアシステムでの医薬品卸への期待

地域包括ケアシステムの中で、医薬品卸の役割・機能をさらに強化してもらいたいと思えます。卸の皆さんは昔から地域に密着して活動してきました。地域ニーズに基づく業務の実施が地域包括ケアシステムの中で求められています。地域で必要な医療・介護・福祉関連の商品を扱い、物流機能の中で充実させていくことで、地域包括ケアシステムをより支えることとなります。

もう一つは、よりきめ細やかな地域流通体制として小包装での販売があります。最近、医療材料を小包装で販売する卸も出てきました。医療材料はこれまで病院中心で使われていたので大きな

パッケージで販売されていましたが、在宅医療が進み診療所でも使われるようになり、小包装が望まれるようになりました。

そして、さらなる流通の質の確保として、GMPへの対応や、より厳格な温度管理が必要な医薬品への対応、世界に冠たる毛細血管型流通網の強化にも期待しています。また、卸機能を守る、強化するためには、共同配送の検討が必要ではないかと言われています。重要なことは、関係者が協力して卸の皆さんを含めたサプライチェーン全体の強化をどうしていくかということです。

有事の体制強化も必要だと思えます。あとは静脈の整備です。課題もありますが、どう進めていくのか。安全性確保業務の強化も必要です。地域に密着している医薬品卸だからこそ、地域の中での医療情報、医薬品の使用情報、医療機関・薬局の情報、介護施設の情報等を把握しているのではないのでしょうか。その医薬品卸の情報網は、地域包括ケアシステムの中で活かせると思えます。

地域包括ケアシステムの中で、薬剤師は様々な場面に関わり、薬局は地域の中で医療・介護・予防など様々なサービスを提供することになります。そのためには医薬品卸の皆さんは不可欠な存在です。医薬品卸の皆さんがいなければ、私たちは仕事できません。これは医療機関、介護施設も同様だと思えます。医薬品卸の皆さんは地域包括ケアシステムを支える一員であり、今後もその機能を強化してもらいたいと願っています。



今後も卸機能を強化してもらいたいと強調