

調剤報酬・医薬分業の在り方について議論を開始

7月22日の中医協・総会（会長：田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）では、2016年度改定に向け、調剤報酬について議論を開始した。

2014年度調剤報酬改定では、特定の医療機関からの処方箋が集中している薬局の調剤基本料、基準調剤加算を見直した他、服薬状況等の確認のタイミングの明確化などが行われた。事務局は現状について「医薬分業率は上昇しているが、患者は門前薬局で薬を受け取っていることが多い」と分析し、課題として「薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や医師との連携による地域包括ケアへの参画」「患者にとってメリットが実感できる薬局機能の評価」を挙げた。その上で「2014年度改定の影響や関係会議等での指摘を踏まえつつ、2016年度改定に向け、さらに検討すること」を論点とした。

白川修二委員（健康保険組合連合会副会長・専務理事）は「医薬分業によって医療費は増えている。しかし、それに見合った効果が出ていない」と指摘し、「今後は高齢の患者が複数の医療機関を受診するケースが増えていく中で、薬剤師による一元管理と指導が求められる。そこまでを薬剤師が担って、はじめて効果があったと言える」と述べた。また、中川俊男委員（日本医師会副会長）は「医薬分業にメリットがあったかどうかを再検討する必要がある」とした上で、「患者のメリットを重視すべき」と主張した。

■リフィル処方箋は分割調剤の議論の中で検討

同日は総会に先立ち、診療報酬基本問題小委員会（小委員長：田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）が開かれた。同委員会は、総会で議論する基本的な問題について、あらかじめ論点を整理することを目的として設置されている。この日は残薬確認と分割調剤について議論した。

事務局が残薬の現状として示した調査結果では、「医薬品が余ったことがある」患者が約5割だった他、「患者に残薬を確認した結果、残薬を有する患者がいた」薬局が約9割に上った。その上で残薬が発生する背景として、長期処方、多剤投与、重複投与に加え、薬局による残薬確認、服薬確認が不十分であることを挙げた。これらを踏まえ、論点として「分割調剤の活用も含めた主治医と薬局薬剤師の連携」などが提示された他、6月30日に閣議決定された「規制改革実施計画」に盛り込まれている「リフィル処方箋の導入」についても検討することとされた。

リフィル処方箋とは、一定期間内に繰り返し使用できる処方箋のことで、米国では麻薬等の依存性薬物以外では広くその使用が認められている。しかし、診療側の委員の多くは、リフィル処方箋が使用されている国々とは医療制度が根本的に異なる点を指摘。「まずは、薬局が“かかりつけ”としての役割を十分に担うことを目指すべきでは」といった意見が相次いだ。事務局は「今後、分割調剤の活用についての議論を進める中で、リフィル処方箋についても検討していきたい」との見解を示した。

## ■電子文書における記名・押印は総会で議論

診療報酬基本問題小委員会では「ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方」に関する論点の整理も行った。ICTの活用については、日本再興戦略（改訂）において地域医療情報連携ネットワークの普及が、また、規制改革実施計画ではICTを用いた遠隔モニタリングの推進が盛り込まれている。

事務局は地域医療情報連携ネットワークの構築状況について、2010年の時点では61件だったが、2015年には207件と急増していると説明。事例として、拠点病院の電子カルテの情報を診療所・薬局と共有できる長崎県の「あじさいネット」や、電子署名を付した電子診療情報提供書を作成・送付できる島根県の「まめネット」を紹介した。

こうした状況を踏まえ、診療報酬の観点から医療ICTを考える際の論点として、「一部の書類では記名・押印が必要とされているなど、電子的に送受した際の取り扱いが明確でない」という問題が挙げられた。これは今後、総会で議論していくことで了承された。

## ■費用対効果評価では費用の範囲で意見が対立

総会後に開かれた費用対効果評価専門部会（部会長：荒井耕・一橋大学大学院商学研究科教授）では、前回（15.6.24 中医協「第26回費用対効果評価専門部会」[http://www.medical-lead.co.jp/documents/150624hiyoutaikouka\\_001.pdf](http://www.medical-lead.co.jp/documents/150624hiyoutaikouka_001.pdf) 参照）に引き続き、費用対効果評価の試行的導入について議論した。今回は分析方法に焦点を当て、効果指標と費用の取り扱いについて検討した。

事務局は効果指標について①QALY（質調整生存年）のみを用いる、②QALYを基本としつつ、疾患や医薬品等の特性等に応じて、その他の指標も用いる、③分析者が自由に効果指標を設定する——の3案を提示。部会では②とすることで一致したが、委員の間では「QALYは指標として十分ではない」という見解が多くを占め、その他の指標との組み合わせが重要との意見が述べられた。

費用の取り扱いについては、分析に含める費用の範囲をどのように整理するかが検討課題となっている。事務局は「公的医療費のみを費用に含めることを原則とするが、公的介護費、生産性損失を費用に含めた分析を同時に提出することも可能とする。なお、アプライザル（評価）の際に生産性損失等を含めた分析結果が必要とされた場合等には、費用の範囲を見直した分析も追加的に求める」という案を提示した。

これについて、医療側の委員が生産性損失を「含めるべき」とする一方で、支払側の委員は「含めるべきではない」と真っ向から対立。引き続き検討していくこととなった。