

特集 2024 改定を読み解く

2024 改定はトリプル改定となり、少子高齢化社会を見据えた医療・介護・福祉サービス分野の課題解決を目指すものとされます。本特集では、中医協等の議論を踏まえて、これからの病院経営、薬局経営の方向性について議論していただきました。

座談会

2024 年度診療報酬改定議論とこれからの病院経営



医療法人池慶会池端病院 理事長・院長
日本慢性期医療協会 副会長

池端 幸彦 先生

社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事
日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会 代表理事

司会 武藤 正樹 先生

学校法人東邦大学 名誉教授
一般社団法人日本私立医科大学協会 参与

小山 信彌 先生

- 2024 年度診療報酬改定の方向性について
- 高度急性期・急性期入院医療の評価について
- DPC 制度の見直しはどこまでであるのか
- 待たなしの働き方改革への対応

- 病院 DX はどこまで進むのか
- 後発医薬品・バイオシミラーへの注目
- これからの病院経営

座談会

2024 改定を見据えて薬局の取り組み課題を語る



日本経済大学大学院 教授

司会 赤瀬 朋秀 先生

株式会社望星薬局 取締役

飯塚 敏美 先生

プライマリーファーマシー 代表
一般社団法人保険薬局経営者連合会 会長

山村 真一 先生

- 脱“処方箋依存”経営への道筋
- 医薬連携、薬業連携をどうつくっていくか
- 薬剤師の専門性の強化について
- フォローアップの実施と効果

- 「かかりつけ薬剤師」の制度について
- 後発医薬品をどう使用していくか
- 働き方改革にどう備えるか
- これから目指す薬局像について

座談会

2024 年度診療報酬改定議論と これからの病院経営



医療法人池慶会池端病院
理事長・院長
日本慢性期医療協会 副会長
池端 幸彦 先生



社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院
グループ 理事
日本ジェネリック医薬品・バイオシミ
ラー学会 代表理事
司会 武藤 正樹 先生



学校法人東邦大学 名誉教授
一般社団法人日本私立医科大学協会 参与
小山 信彌 先生

2024 改定では医療計画、地域医療構想、働き方改革、在宅医療推進等を診療報酬でどうサポートしていくか検討されています。この座談会では病院経営、クリニック経営に影響する主な改定内容をピックアップして深掘り議論していただきました。

2024 年度診療報酬改定の方向性について

武藤 2024 年度診療報酬改定に向けて中医協(中央社会保険医療協議会)等で議論が進んでいますが、今回は現時点(2023 年 10 月 10 日)での情報をもとに、2024 改定の方向性やこれからの病院経営、クリニック経営に影響すると思われる内容について、お二人の見方を伺っていきたいと思います。その前段としてまずは今回改定の総論的なお話からお聞きします。小山先生は現在、私立医科大学協会におられて大学病院の動向にも詳しいかと思いますが、今回改定の議論をどう見ておられますか。

小山 個人的に非常に興味を持っているのは「医師の働き方改革」です。とくに 2024 年 4 月から実施される医師の残業規制は大学病院などの大きな病院への影響が大きいのは当然として、実は中小病院にも影響が出てくる問題と見ています。たとえば、現状支払われている時間外手当がどうなるのか。これは医師の収入に大きく関わってきます。この問題を診療報酬等でどう対応していくのか注視しているところです。またここまで中医協の議論を聞いていると、厚生省がこの改定でどういった見直しを行おうと考えているのかについて、細かなデータをたくさん出してきて、それをベースに議論を進めていこうとしているところも注目しています。

武藤 たしかに厚生労働省はデータでもって攻めてきていますね。中医協診療側委員も務めておられる池端先生は今回改定をどう見えていますか。

池端 私の関心で申し上げればやはり高齢者医療、とくに課題となっている「高齢者の救急搬送等」にどう対応していくのかが一つの大きなポイントかなと思っています。それと 20 年来据え置かれたままの給食費(入院時食事療養費)にもそろそろ手を付けるべきだと思っていて、この改定で何らかの方向性が見いだされることを期待しています。加えて病院団体が「経営を安定させて地域医療を守るために、入院基本料を引き上げてほしい」と求めているように、物価高や賃上げ対応のための原資としての診療報酬増額の声をどう厚生労働省が受け止めてくれるのかも重要なポイントだと思っています。

小山 ところで武藤先生ご自身はこの改定をどう見ておられるのか、そこはぜひ伺っておきたいですね。

武藤 池端先生がおっしゃるように、医療人材確保のための賃金アップ、これは今回改定で重点課題と位置付けられているように、原資がどこまで診療報酬で増額されるのかが重要だと見えています。それと急性期病床に高齢者、要介護者がたくさん入院している問題、つまり急性期入院医療をこれからどう再構築していくのかも今回改定のポイントではないでしょうか。

論点キーワード 総合入院体制加算・急性期充実体制加算 急性期病棟と高齢者救急搬送対応

武藤 ここからは現在、中医協等で議論されている2024改定で注目されている個別項目について聞いていきます。まずは急性期入院医療の評価で、「総合入院体制加算」「急性期充実体制加算¹⁾」に関してですね。これらはいずれも高度急性期・急性期入院医療を評価する加算ですが、併算定が認められないことから、「どちらの加算を取得すべきか」で悩んでいる病院も少なくない。ここがどう議論されていて、今後どうなっていくのかについては地域医療や病院経営にも大きく影響するところだと思います。

小山 たしかに総合入院体制加算から点数の高い急性期充実体制加算に移行し、その際、総合入院体制加算で要件となっている精神患者対応を止める病院が一部にあると指摘されていますね²⁾。

武藤 役割分担の観点から要件・基準が議論されています。

小山 私なりに問題点を指摘すると、急性期充実体制加算にはその要件のなかに心臓手術等のハイレベルな手術が入っていないことで、ちょっとアンバランスな仕組みになっているのではないかということです。総合入院体制加算については300床程度の中規模の病院でも取れるようにして、一方で急性期充実体制加算には指摘した要件を入れるなどして棲み分けをしたらどうかと考えています。

武藤 池端先生、この棲み分け論に関してはいかがですか。

池端 急性期充実体制加算は前回の診療報酬改定で導入されたものですが、あまり明確なコンセプトというものがなくて、当局も病院がどう動くかを様子見していたのではないかと思います。実際、総合入院体制加算からの移行が大半で、新規にどんどん参入している状況にはないというデータもあります。ですからこれからの急性期病院のあり方としては、いわゆる超急性期のみでバリバリやる病院と、それ以外のどちらかを取りなさい、という位置付けになっていくと思います。その棲み分けが、総合入院体制加算と急性期充実体制加算のチョイスではないかと考えています。

武藤 急性期入院医療のあり方について線引きをしようということですね。小山先生、どうですか。

小山 たしかによくいわれる“なんちゃって急性期”や“なんちゃって7対1病院”をなんとか排除しようという意図がありと見えますね。やはり急性期充実体制加算の要件には、小児や周産期、精神科は入れるべきだという立場です。

武藤 もう一つはいわゆる敷地内(門内)薬局の要件もありますね。

小山 今回改定で急性期充実体制加算にこの要件を盛り込んでくるのかどうか。

池端 実際、その要件がネックで加算をとれないところが、一部出てきていますからね。

武藤 あとは診療科問題。急性期充実体制加算の要件で精神科、産科とか小児科を盛り込むのかどうかです。

小山 やはり必要でしょう。いま精神科救急は非常に大きな問題になっていますからね。ただ病棟まで持つ必要があるかどうか

かはまた別の議論になると思っています。

池端 私も病棟の要件は総合入院体制加算1でいいと思っています。ただ精神科機能は必要だと思うので、そこは何らかの形で少し付加していくという議論が必要だと思います。それと高齢者救急を入れるかどうかの問題もありますね。

小山 もう一つ言わせていただくと、大学病院がどうしてこの加算を取れないのかと。私は大学病院出身なので、少し疑問に思っています。

武藤 それは大学病院が特定機能病院という位置付けだからではないですか。

小山 ただ特定機能病院の中にはがんセンターのような専門病院もありますが、いまや大学病院はバリバリの総合病院ですよ。その評価が全くなされていないのはおかしい。ですから総合病院である大学病院を別の形で評価していただく必要がある。

武藤 そこは特定機能病院の要件の見直しにもつながるかもしれない。

池端 今、ルール上は特定機能病院はニヤリーイコール大学病院ですね。

小山 「総合入院体制加算が一切取れない大学病院の経営はどうしたらいいのか」という関係者の声もあります。何しろ今経営的に調子が悪いですからね。いずれにしても「特定機能病院とは何なのか」という議論を、もう一度最初からしなければならぬ時が来るのは必然だと思います。

武藤 また、現在大きな議論になっているのは高齢者の救急をどこが診るのか、つまり高齢者救急搬送という問題です。一つは急性期で受けて、そこに介護系人材を配置して充実したケアをするというものと、急性期病院で短期間診て、あとは地域包括ケア病棟(以下、地ケア)を受け皿とする考え方です。池端先生、ここはいかがですか。

池端 実はその二つの案は同床異夢みたいなところがあって、それぞれの高齢者救急のイメージがかなり違っている。地ケアが受け入れられるのはそれなりに身の丈にあった高齢者救急だと思っていますが、一方で急性期病院だといっているところでも、誤嚥性肺炎や尿路感染症などが多く診られており、実際は役割分担ができていないというのが現実です。

小山 実際、厚労省が出してきたデータを見ると、池端先生がおっしゃるように、尿路感染症などが多く急性期も地ケアもやっている医療はあまり変わらないということが分かります。

池端 投与する医療資源投入量に差がないとなると、これはやはり「地ケアでいいのでは」という話はどうしても出てきますよね。そのインセンティブを強化していく流れではないでしょうか。

武藤 たとえ急性期で受け入れたとしても、患者の状態を踏まえて、可能な限り早期に地ケアなどへの転院を円滑に進める「下り搬送」を評価すべきだという議論もありますね。

小山 それは出てくるとは思いますけどね。ただ高齢者治療は長引きますからね。できれば入院しなくてタッチ&ゴーで動いてくればいいのですが、経過を見てから正確な診断・治療に移るケースも少なくないため、入院の必要性も否定はできないと思います。

池端 厚労省が出してきたデータでも、高齢者救急を受けている急性期病院のリハビリ提供体制が弱いので、高齢入院患者のADL低下などにつながってしまっていることが表れています。

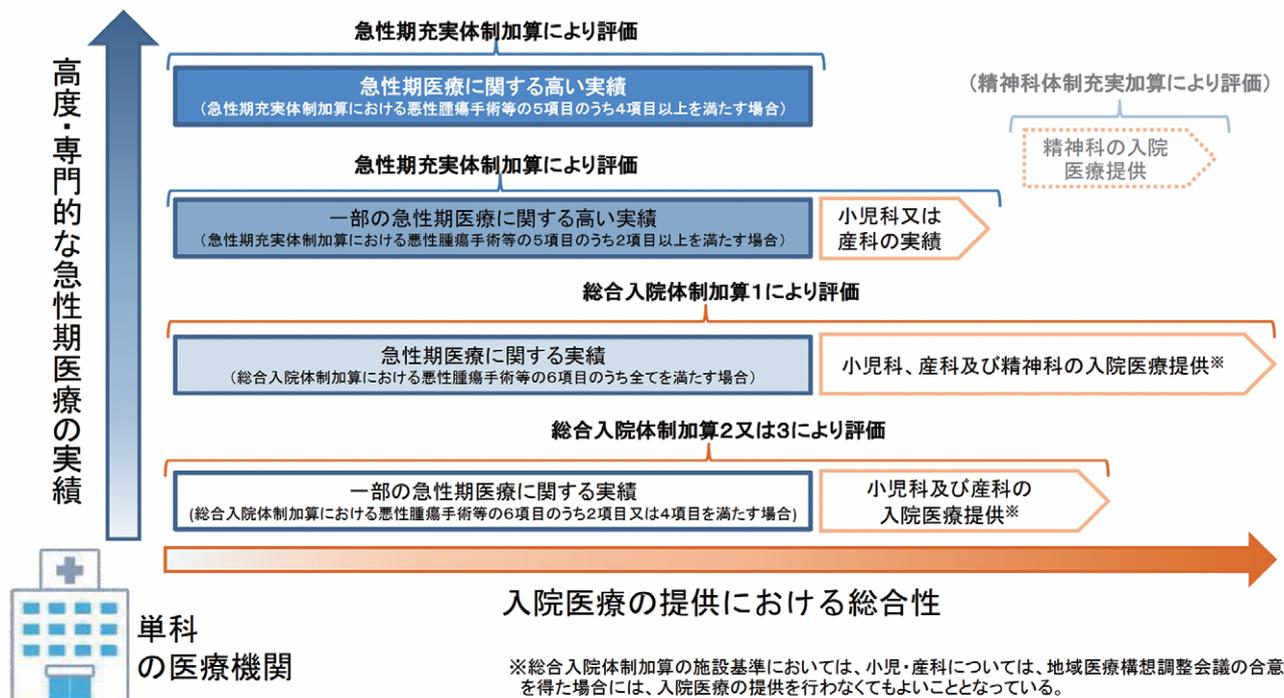


図1 急性期充実体制加算と総合入院体制加算との役割イメージ(中医協資料)

ですからここは高齢者救急を受ける急性期病院の介護力・リハビリ力を強化していく方向性が示されるかも知れません。

小山 その意味でADL維持向上等体制加算が準備されている。

武藤 下り搬送を含めて介護力・リハビリ力が比較的充実している地ケア病棟での受け入れを推進していくにはそれなりのインセンティブが必要になってくると思います。

小山 地ケアには、いわゆる“なんちゃって急性期病院”の地ケアと、慢性期病院の地ケアがありますが、地ケアの機能分化の導入も考えられるのではないですか。

池端 私は地ケアのポストアキュート対応も重要だとは思いますが、やはりこれからは求められる3機能の中でも特に高齢者救急等を含めた在宅や施設からのサブアキュート機能を担っている地ケアを、更に評価していくべきではないかと思えますね。

小山 リハビリ強化でいえば、急性期病院のリハビリの半分は土日やっていないですから、おそらくここの評価は出てくると思えます。今後リハビリは24時間365日というふうにマインド変え、今から準備していく必要があるのではないのでしょうか。

武藤 回復期リハビリテーション病棟(以下、回りハ)はどうですか。今回、回りハの効果測定、つまりFIM利得³⁾が議論となっていますね。

池端 適切なFIM測定、つまり効果の高いリハビリを行っているかどうか、ですね。

武藤 たしか前回改定で、FIM利得の問題の格差是正で客観性を担保する第三者評価の受審を入れましたよね。

池端 恣意的とはいわないまでも評価者によってばらつきがあるので、病院機能評価をやっているところとかそういうことを少し足かせにしたわけです。

小山 やはり評価を受けると、それなりに改善する。

武藤 課題は第三者評価受審をどのように促していくべきか、でしょうか。

池端 あとは単位数を、たとえば運動器リハを9単位まで6カ月という上限を少しいじってくる可能性はある。それから栄養管理・口腔管理の積極的な実施ということでの管理栄養士の病棟配置。そうしないと給食費に手を付けられないという理由もあるようです。

武藤 あと回りハのほうに入退院支援加算が張り出してくるかどうかの問題もあります。在院日数が長くなる回復期でこそ取り組みが必要だという議論がある。

小山 それは張り出してくるのではないですか。しかも退院支援の時に、必ず自宅訪問していかないと駄目だとか、厚労省はかなり説得力のあるデータを出してきていますからね。

武藤 それから療養病棟の医療区分の見直しが議論になっています。同じ医療区分でも患者によって医療資源投入量に相当な差があることがデータで明らかになったわけですね。

池端 そこは今回、細分化というか、大きく見直すと思います。たとえば区分3の中でもそれをさらに三つに分けるなど、区分を微調整してくるはずですよ。

小山 それと身体拘束抑制が取り上げられていますね。慢性期医療でも現場の意識の差が相当あるとっていて、意識の高いところは、たとえば絶対に身体拘束をしないということで、ものすごく医療資源を投入している病院もあるわけです。今回ここが着目点になっています。

池端 私も身体拘束の問題、急性期も含めて、当局は少し緩い網をかけようとしてきていると感じていて、それが経営面でボトムローのように効いてくると思っています。そこは準備をしておいたほうがいいでしょう。

武藤 その身体拘束抑制、診療報酬的にはどういう形に落とし込むのでしょうか。

小山 私はその前に、何をもちって身体拘束とするかの整理も必要だと思いますね。たとえば「点滴が抜けそうだから縛る」のは身体拘束になるのかどうか。急性期、慢性期を問わず、問題は

たくさんある。

池端 ただ現場では、身体拘束に対する意識がまだゆるいところがあるので、そこは少し直してほしいという意図もあるのだと思います。

武藤 形としては医療安全の規定でやるのですかね。

池端 入院基本料の条件として要件化して、「やむを得ない理由を書け」とかになることも想像できます。

武藤 でも要件でやるには、最初に来た高で点数をつけておかないといけない。だからそれをダイレクトに入れるのはちょっと難しいのではないですか。

池端 そうですね。だから今回は努力義務みたいになるかもしれませんね。

1)急性期充実体制加算は重篤な患者を受け入れる体制を整えるとともに、その実績を持つ「いわゆるスーパー急性期病棟」を評価する加算として2022年度診療報酬改定で新設されたもの。

2)厚生労働省によると、急性期充実体制加算届出病院、総合入院体制加算届出病院にヒアリングを行ったところ、実際に総合入院体制加算2を取得した病院が同加算1への昇格を目指して要件の「精神患者の入院受入体制(精神科病棟)」の設置に向けた準備を進めていたが、2022年改定で新設された急性期充実体制加算を取得する方針に転換し、精神科病棟設置構想を取りやめたケースが出ているという。

3)回リハ入棟時のFIMと退棟時のFIMを比較した改善の度合い。改善度合いが一定以上でなければ点数の高い入院料を算定できなくなる。FIM (Functional Independence Measure)はリハビリの効果を測定する指標。

DPC 制度の見直しはどこまであるのか

論点キーワード DPC 制度 退出ルール

武藤 次に取り上げたいのはDPC制度の見直し議論に関してです。厚生労働省の調査データによると、高齢化やコロナの影響でDPCの各係数の出方にばらつきが出ていて、まずはそれをどう修正していくのかということになりますね。

小山 たしかに機能評価係数Ⅱではコロナの影響が出すぎて、ちょっと偏った評価になっているわけです。そこはおそらく是正されてくると思います。

武藤 具体的には機能評価係数Ⅱの中でどのように調整するのですか。

小山 結局、疾患構造の変化で効率性、複雑性係数がアンバランスになっている。極端なことをいうと、コロナ患者を受けないところの評価が上がってしまった。そこが見えてきているので精緻化されるのではないのでしょうか。

武藤 それとDPCのデータ量の少ないDPC病院が逆に有利な評価となっているケースがあることも問題となっていますね。特に診療密度が低い一方で、複雑性係数が高くなるといったケースが報告されています。そういったことからDPC制度の趣旨に沿わない病院については「退出勧告」なども検討していくとしています。

小山 今まで、いわゆるDPCからの退出ということを何回か検討されたこともあったようですが、今回、中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会で、猪口雄二委員(日本医師会副会長)から「対象病院・病棟の参加基準等をより明確にすべき」という発言があったこと等から、退出基準案が検討されていくようです。

池端 「退出」という言葉が中医協で初めて出ましたからね。

武藤 具体的にどういうところが退出の対象となるのですか。

小山 今のところ1日90症例以下のところと、それ以上とを

比べているわけです。ですから90前後のところを線と引かれるということも考えられます。現時点ではベッド数でいくのか、症例数でいくのか分からないですけども、とにかく退出ルールを作るのは明確になったということです。

待ったなしの働き方改革への対応

論点キーワード 医師の時間外労働規制 B水準指定 医師派遣 タスク・シェア 特定看護師

武藤 次は医師の働き方改革です。勤務医の長時間労働規制が2024年4月からスタートします。具体的にはB水準、連携B水準、C水準指定⁴⁾(上限年1860時間)を受けなければ、年960時間(A水準)を超える時間外・休日労働は不可能となり、救急医療機関など長時間労働が生じやすいところでは夜間救急等を閉じざるを得ないケースが出てくる可能性もあります。2016年の働き方改革の調査だと、年1860時間超えが2万人とされていましたが、ここは減ってきているようですね。

小山 年1860時間超の勤務医の数は減少してきており、本年6-7月を対象にした調査では515人(2022年7-8月の調査では913人)と報告されています。ただ、医師働き方改革に積極的に取り組む病院を評価する「地域医療体制確保加算」を取得する病院ではB水準超えの医師がわずかですが増えてきているということです。

武藤 若干ですよ。5%が6%になったぐらいのかな。何か問題点はありますか。

小山 冒頭で言ったように、医師の時間外手当、残業代の問題です。今出せているものが何年後かにルール上出せなくなる可能性もある。年1860時間を給与でいうと単純計算して残業代が半分になる。ここはうまく対応しないと、医師のほうから総スカンということにもなりかねない。これは影響が大きいと思います。

武藤 それからC水準の自己研鑽の問題。その労働時間をどう切り分けるのかなど、今後どのようになるのかは、まだ見えてこないですね。

小山 やっていくうちに問題点はどんどん出てくると思いますよ。だから病院運営側は時間ごとの宿日直許可を取る等丁寧なやり方をしながら、医師たちに事情を説明して理解をもらうしかないわけです。働き方改革をスムーズにやっていくには相互理解が必要です。経営側からの上意下達では絶対にうまくいかない。

池端 宿日直許可ということでは労働基準監督署も当初はかなり厳しかったようですが、だんだんと救急病院も取れるようにと条件を緩めてきているようです。大学病院からすると、宿日直許可を取れてないなら派遣は出せないということでしたからね。

小山 それはね、出せないです。

池端 ですから派遣が必要なところは何としても取らないといけなから、やはり労働基準監督署と上手に話しながらかけていくしかない。

小山 取るならば時間帯で取るとかね。時間帯で取ったら、一応、「取りました」と言えます。あとは実際に働いた分の時間外手当を出せばよいわけですから、お互い理解し合いながらやれ

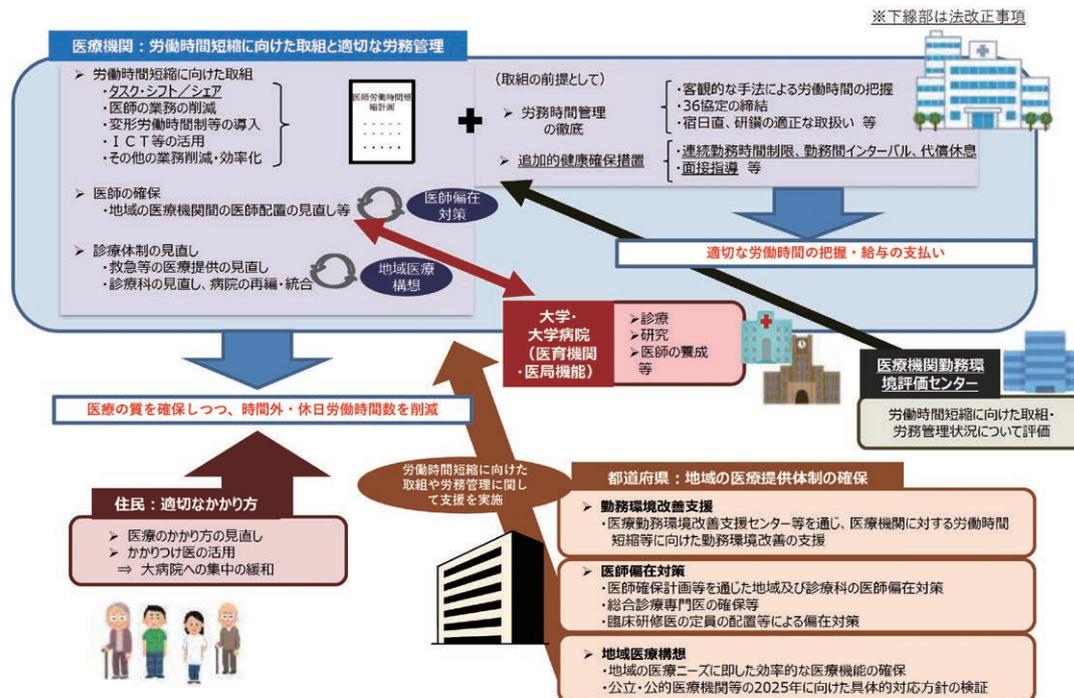


図2 医師の働き方改革の全体像(厚生労働省資料)

ば、そう問題は起きないと思いますね。

武藤 勤務医の長時間労働を回避するために「タスク・シフト」をどう行っていくかも注目点です。勤務医に聞くと、タスク・シフトでよい点は1番目が医師事務作業補助者(医療クラーク)の活用、2番目が薬剤師となっていますね。医師事務作業補助者の拡充策(医師事務作業補助体制加算等)は着々と取られているようですが、薬剤師、とくに病院薬剤師に対してはどう対応していくのでしょうか。

小山 日本病院団体協議会として要望を出しています。たとえば「院内処方箋の評価を適正にしてほしい」というものなどですね。現状では薬局薬剤師と病院薬剤師の待遇格差があり、診療報酬による手当てで病院薬剤師の待遇改善につながれば病院勤務志望薬剤師も増えてくるでしょう。長期的には卒業したら2年間ぐらいは病院にいてほしいというのがあります。

武藤 タスク・シフトでは特定行為研修を修了した看護師(特定看護師)が今、7000人まで増えてきたので、医師の働き方改革につながってきているように感じます。

池端 タスク・シフトの話でいえば看護師の業務負担軽減も重要で、看護師から看護補助者へのタスク・シフトも解決すべき問題として取り組んでいます。今回も看護補助体制充実加算の拡充が期待されますが、内輪話として申し上げますと、病院団体として看護補助者という名の下の病院の介護福祉士等に対して、何らかの評価ができないかを提言しています。

武藤 いずれにしてもタスク・シフトに極めて大きな期待が集まっていることは否めない。今後どう進められていくか注目したいですね。

4) TCP No.55 掲載(医療機関の働き方改革 斐英洙先生インタビュー)参照

病院DXはどこまで進むのか

論点キーワード 全国医療情報ネットワーク 共通算定モジュール 電子カルテ・電子処方箋

武藤 次に医療DX、病院DXですがこれは将来的には全国医療情報ネットワークが構築されているいろいろなことができるようになると思いますが、診療報酬改定がらみのDXということでは「共通算定モジュール⁵⁾」が注目されています。これがリリースされれば、かなりの医療機関の事務負担軽減になりますね。

池端 今回はモデル事業としてやるようです。2026年の改定に間に合えばということでしょうか。

小山 プログラムができると8000病院が一気にアクセスするわけですから、その辺も含めてうまく軌道に乗せられるかどうか課題でしょう。

武藤 あとはDX関連でいうと「電子処方箋」、これは紙の処方箋を通信ネットワークを使ってペーパーレスで運用しようというのですが、まだ導入拡大という政策レベルの段階でしょうね。

小山 HPKIカード⁶⁾という電子署名方式もあってまさにこれからでしょう。

池端 電子カルテの標準化問題も抱えています。最低限の機能を持った電子カルテの無料配布を想定した厚労省のワーキンググループもスタートしたと聞いています。ただ各ベンダーは電子カルテをどんどん出していくので、標準化というのはなかなか難題でしょう。

武藤 DXがらみではオンライン診療がスタートしていますが、実施していない施設の話を見るとやはり「対面でない駄目だ」という声もあります。

小山 そのオンライン診療、電子処方箋はさまざまな面でまだハードルが高いと思います。ただ方向性となると、たとえば無

医療DXとは

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。



図3 医療DXとは(厚生労働省資料)

医村であるとか、まずはそういうところで普及させるのが一つ、それから大学病院などの立場だとすると、基礎疾患で年に何回も受診できない患者さんにそれでもってカバーしていく。この2つの方向があると思うので、将来的には大いに可能性はあると見ています。

武藤 マイナンバーカードと保険証との一体化問題もあります。今回の医療DXに関しては道筋をどうつけていくかだと思います。

5) 医療機関の診療報酬改定作業を効率化するために、各ベンダー共通の下で活用できる電子計算プログラム。

6) 電子処方箋で使用するICカードの代表的なもの。医療現場で電子署名や電子認証を行う。

小山 あとはいわゆる「参照価格制」、つまり先発医薬品を選ぶのなら差額は自分で払ってもらおう。

池端 そこはやってもいいと思うんですね。

武藤 そういえば後発医薬品の使用拡大策として「選定療養」、つまり患者さんが先発医薬品(長期収載品)を希望する場合は保険適用との差額分を支払ってもらおう方式も検討されているようです。いずれにしてもまずは後発医薬品の安定供給確保⁷⁾、それから医療財源が厳しい中、医療保険制度の持続という観点からもいろんな仕組みを導入していく必要があるということでしょう。

7) 厚労省は後発医薬品の安定供給対策として後発医薬品企業の安定供給対応を評価した企業指標に基づく薬価制度を2024年度に試行的に導入することを提案している(中協薬価専門部会 2023年10月27日)

後発医薬品・バイオシミラーへの注目

論点キーワード 後発医薬品 安定供給 バイオシミラー 保険給付と選定療養

武藤 医療保険制度の安定性・持続可能性という視点から後発医薬品の使用促進についても議論されています。数量面では目標の80%をおおむね達成しつつありますが、これからは金額ベースでの普及目標を設定して使用促進を目指すとしています。

池端 ただ喫緊の課題は何よりも安定供給の体制をどうつくっていくかでしょうね。

小山 とにかく現場の混乱は大変ですよ。

武藤 私も参加している厚生労働省の「後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会」でもいろいろ議論しているところです。それと後発医薬品の認知度は高いのですが、バイオ医薬品のジェネリックともされるバイオシミラー(バイオ後続品)の認知度はまだまだ低いことなどが明らかにされましたが、このバイオシミラーの使用拡大についてはどうですか。

小山 バイオシミラーはもう義務付けるしかないじゃないですか。公費で負担のところは原則、バイオシミラーを使ってもらおう。

池端 そうですね。そうしたら一気に進みます。

これからの病院経営

武藤 2024年度にはここまで議論した医師の働き方改革が適用されるほか、医療DXの推進が求められ、新たな医療計画もスタートします。こうした取り組みを診療報酬でどう支えていくかが重要な視点となります。また今回は介護報酬との同時改定となることも忘れてはいけません。最後に先生方に一言ずついただいて本座談会を締めさせていただきます。

小山 やはりこれからの病院経営を考えたときに、冒頭で申し上げたように何しろ全部データベースですから、自分たちがやったことが評価される時代だと思います。つまりすべてが可視化されて、言ってみれば行儀の悪いところはすぐ分かってしまうわけですね。やはりそこを病院経営する皆さんは考えてほしいところです。

池端 同感ですね。経営者は目の前のことだけ考えて動くあととて絶対しつべ返しが来ます。ここを肝に銘じて経営にあたっていただきたいですね。

(座談会収録 2023年10月10日)

座談会

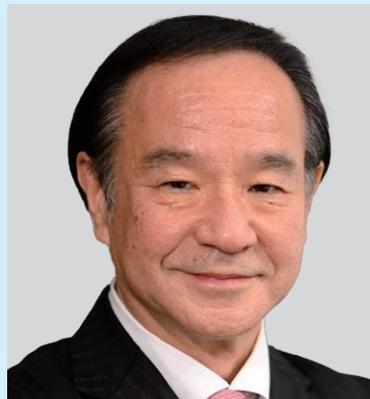
2024 改定を見据えて 薬局の取り組み課題を語る



日本経済大学大学院 教授
司会 赤瀬 朋秀 先生



株式会社望星薬局 取締役
飯塚 敏美 先生



プライマリーファーマシー 代表
一般社団法人保険薬局経営者連合会
会長
山村 真一 先生

薬局の地域におけるかかりつけ機能、薬剤師の専門性の高度化 在宅薬物治療提供体制強化等 2024 改定の主内容、「患者のための薬局ビジョン」等の議論や課題を踏まえて、これからの薬局のあり方、実践すべき(している)内容についてご提言・ご紹介いただきます。

脱“処方箋依存”経営への道筋

赤瀬 本座談会では、現時点(2023年11月16日)の情報による2024年度診療報酬(調剤報酬)改定(以下、2024改定)等の議論を踏まえて、ゲストお二人にそれぞれのお立場から、これからの薬局のあり方についてのお話を伺っていきます。まずは自己紹介をいただきましょう。山村先生からお願いします。

山村 私は神奈川県川崎市宮前区で個人薬局のプライマリーファーマシー(1980年開局)を営んでおります。また中小規模薬局の経営者団体である保険薬局経営者連合会(薬経連)の会長も務めていて、これからの薬局のあり方についての勉強会やシンポジウム¹⁾を開催しながら、10年後の薬局の姿を追求したり、新しいビジョンの提言等を行っています。

赤瀬 飯塚先生の望星薬局は1975年開局で、まさに医薬分業の進展とともに歩んで来られたイメージですが…。

飯塚 望星薬局は現在13店舗あります。私は入社して30年ほど経ちますが、その間、様々な支店で勤務してきましたが、現在は神奈川県伊勢原市の望星薬局本局におります。ここは東海大学医学部付属病院の処方箋を主に受け付ける薬局なので、高度な医療を受ける患者さんが多いことから、専門医療機関連携薬局の認定を取得しています。大学病院なので、多種多様な疾患を抱えた患者さんに対し、薬局としてできる可能性を探りながら、これまでの経験を活かしながら現在課されている諸問題に対応できる薬局づくりを目指し働いています。

赤瀬 ご承知のように2024改定は診療報酬、介護報酬に加えて障害福祉サービスのトリプル改定(6年に一度)であり、薬局経営

にとっても重要な節目となる改定だと思っています。そこで昨今の薬局改革、2024改定の動向についてどう見ておられるか、どのような取り組みをされているのかをお聞きます。

山村 2024改定については、厚労省保険局医療課・安川孝志薬剤管理官がセミナー等で発言されているように、「処方箋依存の薬局経営からの脱却」ということがポイントの一つになると捉えています。つまり保険調剤以外の薬局の機能でどんなサービスがマネタイズ(収益化)できるのかです。

赤瀬 それは物販以外で、ということですね。

山村 はい。その一例として紹介したいのが、今回のコロナ禍におけるPCR検査や抗原検査です。これは保険医療ではなく、自

- 薬局・薬剤師が、対物中心の業務から患者・住民との関わり度合いの高い対人業務へとシフトすることにより、患者・住民の薬物療法や健康維持・増進の支援に一層取り組む観点から、最近の診療報酬の各種算定状況も踏まえ、調剤報酬における評価のあり方について、どのように考えるか。
- かかりつけ薬剤師・薬局の取組の促進、多剤・重複投薬への取組、在宅の対応など、薬剤師が他職種と連携しつつ専門性を発揮して質の高い薬物療法を提供するために必要な対応に係る評価について、どのように考えるか。
- 薬局は立地に依存するのではなく、患者・住民のニーズに対応する機能を果たしつつ、地域における医薬品の供給拠点としての役割を発揮するため、周囲の薬局との連携も含め、薬局の体制に係る評価についてどのように考えるか。

図1 2024年度調剤報酬改定の論点(厚生労働省資料 抜粋)

医薬連携、薬業連携をどうつくっていくか

治体と連携した公衆衛生事業で、無償のボランティアではなく有償でマネタイズを伴った事業でした。今後薬局はこのような領域に機能を拡大していく必要があると思っています。(神奈川県の場合は1件3000円)

赤瀬 そこをきちんと獲得できれば、薬局が保険診療以外のヘルスケア領域へも活躍の場を広げていくことができます。

山村 そうです。健康診断や簡易検査、インフルエンザもそうですが、場合によっては検査だけではなく、陽性が出たら初期対応も薬局で出来るようになりたいですね。予防接種も、今では注射という手技ではなく鼻腔噴霧というワクチンも承認されたので、薬局としてはそのような新しい領域にもっと積極的に取り組んでいくべきではないかと考えています。

赤瀬 言わば脱「処方箋依存」の薬局経営ですが、飯塚先生はどうお考えですか。

飯塚 確かに薬局の機能としては処方箋を受けて、それを調剤して患者さんに渡すという構図はある程度出来上がってしまっています。これからは「それだけではない何かを求められている」という認識を私も持っています。

赤瀬 地域住民の視点から言うと、これまで薬局といえば「薬をもらうところ」という意識だったと思いますが、PCR検査や抗原検査が薬局で行われることになって、その認識にも多少は変化が出てきましたか。

山村 そうですね。医療機関の外来に行かなくても、近くの薬局でPCR検査・抗原検査を受け、陰性証明がもらえる仕組みができたことは、住民の皆さんにとってメリットになったのではないかと思います。今回のコロナ禍で「薬局で検査する」ということを一定数の方々は体験いただいたと思いますが、薬局は「薬をもらうところ」という認識を、払拭するところまではまだ達していないと思います。ですから、薬局イメージのシフトチェンジにどう取り組んでいくか、これは現在の薬局の大きな課題の一つだと思います。

飯塚 私もそう思います。コロナ禍という特殊な環境だったので、たまたま薬局でPCR検査を請け負う業務に携わっただけであり、コロナ禍以前から薬局がそういう体制で仕事をしてきたかという印象です。やはり、そこはまだまだ努力が必要であって、処方箋以外の取り組みも積極的になるべきだと思います。

山村 薬局で検査ができるという認識が広まれば、処方箋以外にも薬局に立ち寄ることが当たり前になります。さらに健康チェックや血液検査などの検査機能を日常的に活用いただけるようになれば、これは大きなパラダイムシフトです。ですから、今回の2024改定も、長期的なビジョンで、そのような業務拡大に向かって行くような仕掛けを織り込んでいただきたいと思います。

赤瀬 飯塚先生はどうですか。

飯塚 少しずつですが、コロナ禍をきっかけにオンライン服薬指導やアプリで処方箋データを送信できる機能が加速化し、患者さんの利便性が向上してきました。管理栄養士がいて、特定保健指導を含めた食事指導を行っているところもあります。そういったところも知っていただくことで、「薬局はお薬だけではないですよ。健康に関するいろんなことができますよ」と伝えていけると考えています。

山村 そうですね。薬局の機能を広げていくことで気軽に薬局に立ち寄るようなケースを増やしていく。まさに積極的な顧客拡大に取り組む時期が来ているのだと思っています。

1) 2023年6月開催の薬経連フォーラムでは「これから薬局はどこへ向かうのか? ~自分たちの未来は自分たちで作る!~」をテーマにシンポジウムを行っている。また山村先生も関わる中小薬局の連携組織「薬局団体連絡協議会」では2023年10月に「地域で果たすべき薬局の役割とは~地域薬剤師会の再構築を考える~」のシンポジウムを行っている。

赤瀬 2024改定の注目項目として、地域支援体制加算、連携強化加算といった地域医療に貢献するものがあると思います。そこでお聞きしたいのは先生方の薬局における地域連携のスタンスです。連携していくためには薬局の機能を、地域の病院、診療所や訪問看護ステーション等の介護施設に対してアピールしていくことが必要だと思います。この辺りはいかがですか。

飯塚 連携に関しては、いろんな形の連携があると思いますが、大学病院の門前である当薬局の場合、まずは病院の薬剤師さんとの連携は外せません。疑義紹介はもちろんですが、例えば、がん治療されている患者さん個々の留意点に関しては、詳細な情報が必要になるケースもあるため、病院の薬剤師さんに窓口となっただけだと解決が難しくなり、その点を含めてコミュニケーションを大切にしています。

赤瀬 連携における課題はありますか。

飯塚 医療機関と薬局の、点と点の連携はすぐにできるのですが、医療機関と面対する連携ですね、要は病院を軸とした地域を面として捉える連携がこの地区も進んでいないのです。

赤瀬 それは一部の地域でしか取り組まれていなくて、いわばわが国の課題ともなっていますね。

飯塚 私どもの地域では、まずは地域の医師の話を開こう、ということでも「臨床医学セミナー」を開催しています。処方医の先生方の話を聞くことで、円滑な服薬指導につなげようという意図ですが、これが病診連携という形の中に薬局がどう絡んでいけるかの一助になればよいと思っています。それとコロナもそうですが、これからの感染症対策ということでは行政との関係づくりが外せないのではないのでしょうか。

赤瀬 確かに地域住民の感染症の対策としては、行政はじめ地域の事業体との連携が極めて重要になってきますね。それと薬局が地域のインフラとして期待される中で、薬局同士の連携でどのように地域を支えていくのか、コロナや働き方改革等の観点からも必要になってくると考えています。つまりは薬業連携ということになるかと思うのですが、ここはどうでしょうか。

山村 おっしゃる通り、地域の薬局同士の連携というところは、改めてこれから大事なキーワードになると思います。今回のコロナ禍で薬局の公共性、連携の必要性が再認識させられました。当地域でも行政とお話をしていく中で、行政側としても透明性・公平性・中立性という観点はとても重要なので、地区薬剤師会が地域で公衆衛生を担うインフラとして、その地区の保険薬局を取りまとめたマネジメント出来るような体制を構築出来れば、行政としても薬剤師会を交渉窓口として、新たな事業パートナーとして見てくれるようになるのではないのでしょうか。

赤瀬 薬局が地域住民の大事なインフラになるということですね。

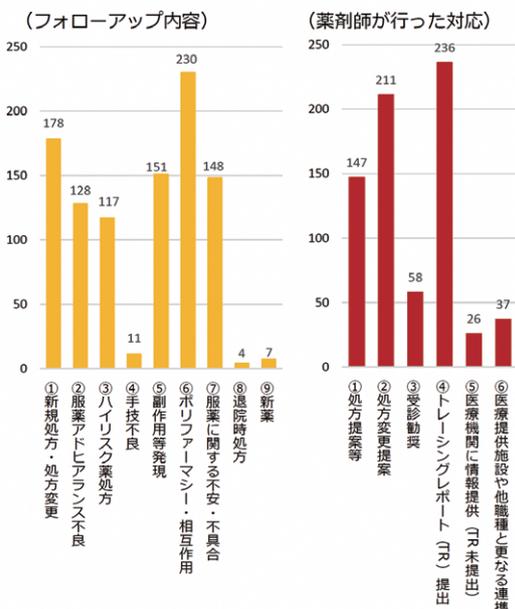
山村 薬局を使った地域住民に向けた行政サービスを、薬剤師会が窓口となって行うという関係性ですね。同時にそういうネットワークができることによって、たとえば現在問題になっている訪問看護ステーションにおける備蓄薬拡大についても、薬剤師会で問題解決できるのではないかと思います。これからは「対物から対人」へ、そして「対地域へ」というのが新しいキーワードになっていると思っています。

飯塚 薬局の働き方改革もありますし、まず間違いなく、一つの薬局だけでは24時間365日対応は難しいと思います。私も地区薬剤師会が主導していくのが正しいやり方だと考えています。

薬剤師の専門性の強化について

赤瀬 次に薬剤師の専門性の強化について伺います。薬物治療の

■フォローアップを行った事例（355例の分析）



■副作用の観点で分類した効果等（355例の分析）

フォローアップを行い、副作用を確認した結果、
処方変更された事例（38.3%）

副作用	処方変更	カテゴリー	件数	
あり	あり	①重大な副作用の回避または重篤化の回避	42	
		②がん化学療法への介入	26	
		③ハイリスク薬への介入	27	
		④その他の薬物療法への介入	41	
	なし	⑤がん化学療法への介入	11	
		⑥ハイリスク薬への介入	7	
		⑦その他の薬物療法への介入	19	
なし	あり	⑧一包装のみ変更	19	
		⑨薬剤師の介入の記述確認できず	4	
		⑩副作用の発現がなく、処方変更があったもの ・薬剤効果不十分で処方提案したもの ・受診勧奨して入院につなげたもの ・疾患、症状に対しての処方がなく処方提案（追加）したもの ・これ以上使用すると副作用の発現の危険性があり処方提案（減量・中止・変更）したもの ・薬剤師のアクションにより別疾患の発現にむすびついたもの	66	
		なし	⑪副作用の発現がなく、処方変更がなかったもの ・アドヒアランス向上に寄与 ・副作用が発現していないことをモニタリング 等	93

副作用以外で処方の変更が必要になった事例
(25%)

※令和4年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」（研究代表者：東京薬科大学 益山光一）より

図2 フォローアップの実施・効果について(厚生労働省資料より)

進歩により、高度な薬学管理機能が求められ、専門薬剤師や認定薬剤師制度、地域連携薬局や専門医療機関連携薬局といった特定の機能を有する薬局の認定制度等が動きはじめました。飯塚先生のところは大学病院の患者さんも多いと思います。この辺の取り組みについて教えてください。

飯塚 冒頭でもお話ししましたが、望星薬局本局は専門医療機関連携薬局の認定を受けていて、がんの専門的な薬学管理において、地域の医療機関と連携しながら対応することを求められています。現在、がんの専門を持った薬剤師が2名いて、来年からは1名が研修を受けに来ることになっています。徐々にそういった資格を持ちたいという薬剤師も増えてきています。

赤瀬 そういう専門人材をどう活用していかれますか。

飯塚 資格を取るだけなら勉強すれば誰でも取れますね。資格ありきではなく、それによって薬局、薬剤師のこれまでと違う価値をつくっていく必要があると思っています。さらに資格に固執するのではなく、それを地域に発信し、患者さんに還元しないと意味がないと思います。

赤瀬 そうですね。重要なのは、その専門資格や薬局機能を使って、誰にどういった価値を提供できるのかが基本にあるのだと思います。

山村 確かに薬局薬剤師も病院における病棟薬剤師により近づいていくという流れもあると思います。ただそれはどちらかというところ、非常に限定的な薬剤師に対する期待だと思っています。むしろ薬剤師の基本はどこまでもジェネラリストであり、それをもっと極める必要があるのではないのでしょうか。

赤瀬 病院薬剤師においても専門性を目指す一方で、ジェネラリストとしての素養が希薄になっていくのは困りますね。私もやはり薬剤師の基本はジェネラリスト。それがあつての専門性強化ではないかと思っています。

山村 薬局薬剤師の専門性強化という点は、職能の拡大とつなげることで、発揮できていく部分もあると考えています。

赤瀬 どういうことですか。

山村 たとえばワクチン接種、冒頭で少し触れましたが将来的に鼻腔噴霧もしくはマイクロニードルのパッチ等のワクチンの供給が薬局で可能になった場合、そういったワクチン供給の職能技能を持つことが一つあると思います。万が一ワクチンにおける有害事象が起こったときの対応も含めてのスペシャリストが求められ

てくる。言わばそういったスーパージェネラリスト育成がこれから必要になってくると思っています。

フォローアップの実施と効果

赤瀬 薬機法で義務付けられたフォローアップ(継続的服薬指導)は、引き続き薬局・薬剤師が持つ重要な機能と位置付けられます。ここはいかがですか。

飯塚 たとえば吸入薬が新しく変わった場合や、がんの患者さんで支持薬が正しく飲めているかどうか等、必要な時にきちんと服用できているかを確認することを含めてフォローアップは積極的に行っていますね。

山村 私どもは聖マリアンナ医科大学病院と川崎市薬剤師会との連携で、心不全による再入院防止の取り組みを以前やっていたのですが、これは入院コスト削減や患者さんの予後改善等、目に見える形で薬剤師のフォローアップが機能しました。またMCI(軽度認知機能障害)では、地元三師会と行政が連携し、軽度認知症の初期の発見等に取り組む計画もあります。大事なことは、こういったフォローアップの成果、エビデンスをさらに出していくことではないかと思っています。

赤瀬 調剤報酬改定の議論では心不全やMCIで注目されているようですが、薬局の介入で再入院を抑制した、緊急搬送を減らした等のエビデンスが出てくると、当局の目も変わりますね。ただ、再入院や緊急搬送を減らすのは薬局の努力だけではないので、薬局がどの部分にどの程度介入できたかといったエビデンスが欲しいですね。

山村 そういうことであらためてフォローアップの重要性が当局にも伝わって、それが調剤報酬にも反映されていく流れはあると思います。ですから組織的に取り組み、データを出していくという姿勢が必要ではないかと思っています。

「かかりつけ薬剤師」の制度について

赤瀬 「かかりつけ薬剤師」制度は、2016年の改定で生まれたものですが、対物から対人の流れから注目されます。ただ、現場ではかかりつけ薬剤師が何人の患者さんを持っているかに注目が集まる傾向があり、どうも問題点が多いと感じています。先生方は

この制度にどう取り組まれていますか。

山村 「かかりつけ薬剤師」については誕生の経緯からして違和感がありました。医師会が言うように、そもそも患者さんが選ぶものであって、「かかりつけ薬剤師」になるために算定要件があるというのは、明らかな制度設計ミスだと思います。そういう意味で、赤瀬先生がおっしゃるように、かかりつけ薬剤師指導料ということで1人のかかりつけ薬剤師が持つ患者さんの数を競うのは的外れです。早急に「かかりつけ薬剤師指導料」を他の名称に変えて、「かかりつけ薬剤師」という言葉を自由にすべきです。

飯塚 制度上のかかりつけ薬剤師でなくても、立派にかかりつけ機能を発揮し、仕事をしてくれるスタッフは当然います。私としてはどちらかという、「担当薬剤師でありなさい」と常々言っています。要は患者さんに長くその薬剤師が関わって、毎回毎回、患者さんのために一生懸命考え、服薬指導する薬剤師を育てたいと思います。

赤瀬 ご指摘の通りですよ。おっしゃるような担当制は非常にいいもので、病院薬剤師からすると、うらやましいところではないかと思っています。今、病院の平均在院日数が10日を切る中で、関与できても1週間程度になっています。1人の患者さんを長くフォローアップできるのは、やはり薬局薬剤師の面白味でもあるので、そういったところから自然発生的に担当薬剤師、つまり「かかりつけ薬剤師」が出てくればいいのかなと思っています。

山村 一つ付け加えさせていただくと、制度上かかりつけ薬剤師が別の薬剤師を1名指名できるというルールが、前回の改定で追加されました。これはひょっとしてかかりつけ薬剤師から、本来あるべき「かかりつけ薬局」というインフラに点数をシフトさせようとしているのではないかと期待しているのですが、どうなるでしょうね。

後発医薬品をどう使用していくか

赤瀬 後発医薬品に関しては供給混乱等があって、まずはこの正常化が求められるところだと思いますが、推進策の一つとして選定療養といったことも議論されているように、国の使用推進のスタンスは変わらないように思っています。

山村 後発医薬品の供給混乱がこんなに長引き、業界全体の問題にまで発展してしまうとは思っていませんでした。考えてみると、本来薄利多売品であるはずの後発医薬品を、多品種少量生産で供給しているという現状に無理があり、ここにきて一気に薬価等、後発医薬品業界のさまざまな構造的な問題が表に出てきてしまったという感じです。この混乱は企業努力では解決できる状況ではなくなっているので、国の英断が必要なステージに入ったと考えるべきですね。

飯塚 現場での対応策といっても、薬局としては月初にまとめて発注することで凌いでいくしかないですね。結局は割り当て納品なので、当面はそういう形で乗り切れないかなと思っています。

赤瀬 山村先生の川崎市宮前区には聖マリアンナ医科大学病院があって、後発医薬品の適正使用に関してはある意味で先頭を走って取り組んでおられるイメージですが、この混乱の中で、今後に向けて何か提言がありましたらお願いします。

山村 既に言われていることではありますが、これから上市される後発医薬品は長期収載品というカテゴリーをなくし、特許が切れたらすべて後発医薬品になるというシンプルな仕組みを導入すべき時が来たのだと思います。国もわかっているのですが、製薬産業側への配慮で今まで引っ張ってききましたが、もうタイムリミットではないでしょうか。そうすれば今の保険給付の差額見直し云々の議論も不要になります。もはやこういったドラスティックなことをやっていただかないと、根本的な問題解決にはならないでしょう。

赤瀬 後発医薬品の供給混乱、私も根本的な解決に取り組んでいただきたいと思います。山村先生も言及されましたが、やはり背後にはさまざまな複合的要因があるわけです。たとえば薬価の毎年改定、薬価を下げて医療の技術料に転嫁する従来のやり方がもう限界にきているのだと思いますね。

働き方改革にどう備えるか

赤瀬 働き方改革、これは薬局業界においても喫緊に取り組む課題として位置付けられます。ここでは薬剤師のタスク・シフトにポイントを当ててお聞きしましょう。非薬剤師の活用や調剤の外部委託を含めていろいろ議論されているようですね。

山村 薬局経営の視点から一言させていただくと、たとえば調剤業務に多忙な管理薬剤師が店舗のマネジメントを行うといったことではなく、管理薬剤師以外の者がそれを担うということも考えていいのではないかと考えているところです。

赤瀬 管理薬剤師ではなく、非薬剤師が店舗のマネジメントを行うということですね。

山村 事務方というか、非薬剤師の者が店全体を統括するという構図は、少なからず出てきているように思えます。

赤瀬 飯塚先生のところでは、タスク・シフトについていかがですか。

飯塚 私どもではがん患者さんの食生活、高齢者の低栄養やフレイル予防等で管理栄養士さんが活躍してくれていますが、栄養相談以外に事務処理なんかも担う役割を持っており、薬局の中で結構マルチに活躍してくれています。そういった意味では、これまで薬剤師が行っていた仕事、たとえばピッキング等を機械化することによって、薬剤師の対物から対人への関りが増やせると思います。

赤瀬 対物から対人へということで、いわゆる対人業務、非処方箋業務を行うためのスキルや知識が求められていく中、これからは効率的なタスク・シフトでそういった薬剤師を育成していくことが重要になってきますね。

これから目指す薬局像について

赤瀬 最後に先生方に今回の改定と患者のための薬局ビジョンなどを踏まえて、これから目指す薬局像について伺います。

山村 薬局の薬剤師は日々頑張っているわけですが、対人業務が足りないとかいろいろな声が出てくるのは、どうも努力する軸が違ってきているのではないかと思います。わが国では処方箋調剤が薬局経営の基本になってしまい、本来あるべき地域に根差した薬局機能からかけ離れた薬局が多く誕生してしまいました。2024改定では、そのような現状を軌道修正させていくために、厚労省には、思い切った舵取りを期待したいと思います。

飯塚 薬局は今、日本全国で6万軒以上あるわけですが、一つの薬局でできることには限界があります。自分の薬局で在宅もやって、高度管理もやってというのは現実的に無理で、やはり薬局同士の連携、機能分化、そういった考えは今後薬局の生き残りとして必要なと思います。

赤瀬 私は講演等で「一生懸命やっているのになぜ批判されるのか」という声には、「地域のニーズやマーケティングの視点が少し足りなかったのではないのでしょうか」と申し上げています。今後は地域のニーズをさらに意識し、薬局経営に取り組むことが必要で、そういう実践から地域医療の中で保険薬局のポジショニングが確立していくのではないかと考えています。

本日はありがとうございました。

(座談会収録 2023年11月16日)

もっと飲みやすく。もっと扱いやすく。
ジェネリックに、東和品質を。



新薬と同じ効き目であることはもちろん、飲みやすさや見分けやすさ、扱いやすさにいたるまで。
東和薬品は、もっと良いお薬を目指し続けます。



飲みやすい

独自のRACTAB技術で、
水なしでも飲みやすく。



ニガくない

ニガみをコーティングし、
お薬が苦手な方にも飲みやすく。



見分けやすい

何のお薬が分かりやすい錠剤や、
飲み間違いを防ぐ包装を採用。



原薬からのこだわり

お薬の効き目のもととなる原薬から
こだわり、製品を安定的にお届け。

医薬品情報に関する
お問い合わせはこちら

東和薬品 学術部 DIセンター
(医療関係者様用)



0120-108-932

トワ クスリ

平日
8時30分～
18時30分

こころの笑顔を、すべてのひとに。あしたの健康を、あなたのものに。



東和薬品



東和薬品

東和コミュニケーションプラザ No.56 2024年1月発行(DC-004296)
編集・発行 東和薬品株式会社 〒571-8580 大阪府門真市新橋町2-11

バックナンバーは
こちら

