

調剤報酬改定プロジェクト

2024.5.19

薬局経営者連合会 理事

THERAPEUTIC PHARMACY

梅ヶ丘薬局 福田 幸彦

調剤報酬新築プロジェクトとは

- 技術料が複雑化しすぎている
- 同じ薬が薬局によって自己負担金が違う理由が説明できない
- 国民への説明責任が果たせてない
- 利用者目線で作られた報酬体系に変える必要がある



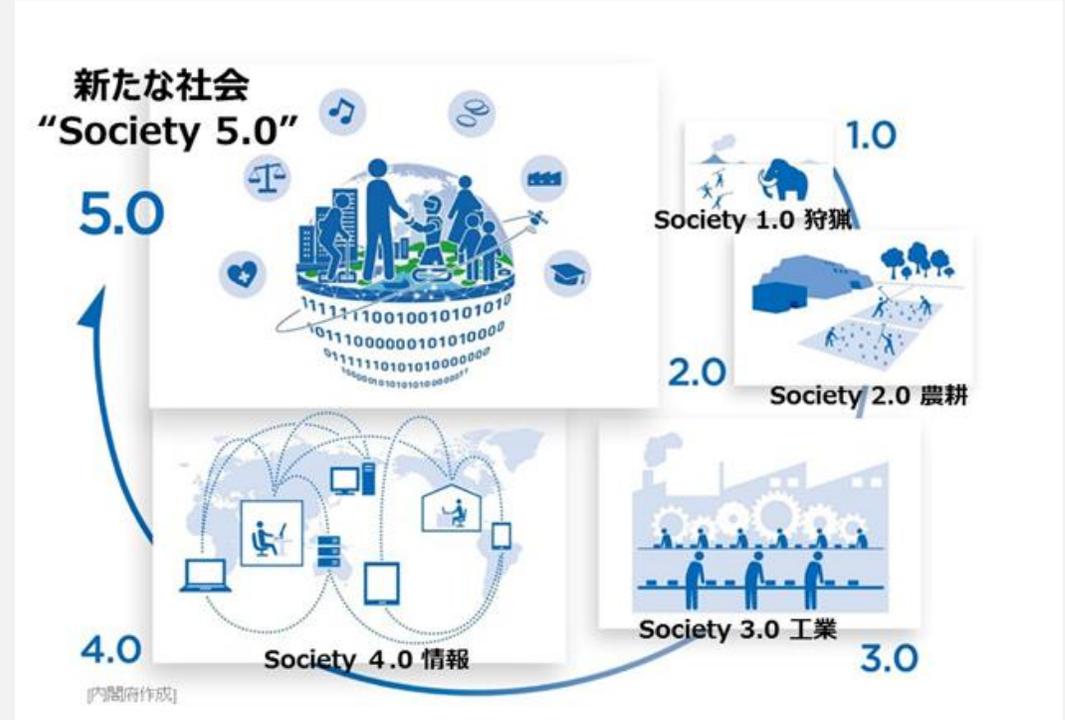
患者に分かりやすい報酬体系の新築

薬経連の提言

Society 5.0時代を見据えた改定への提言

調剤報酬は薬剤費以外の技術料を
インフラフィ/インテリジェンスフィ
の2階建てのわかりやすい報酬体系を構築する

患者には薬剤費に応じた支払のみを求め、
報酬体系を患者に理解していただきやすくする



技術料は2階建てのわかりやすい報酬体系＋薬剤費

患者セイフティマネジメント
インテリジェンスフィ
知的技術料

療養担当規則＋機能・ICT・DX化
インフラフィ
薬局機能料

- 技術料の包括化
(インフラフィ＋インテリジェンスフィ)
(素案¥2200ー)
- 患者には薬剤費のみの負担を求め、患者負担金は薬剤費の42%とする
(薬剤費の42%は現状の患者負担金30%に相当)
(※2019年薬経連調べ)

薬剤費のみの負担

公費負担 (70%)

自己負担
(30%)

技術料 (70%)

技術料
(30%)

薬剤料 (70%)

薬剤料
(30%)

技術料 (100%)

薬剤料 (58%)

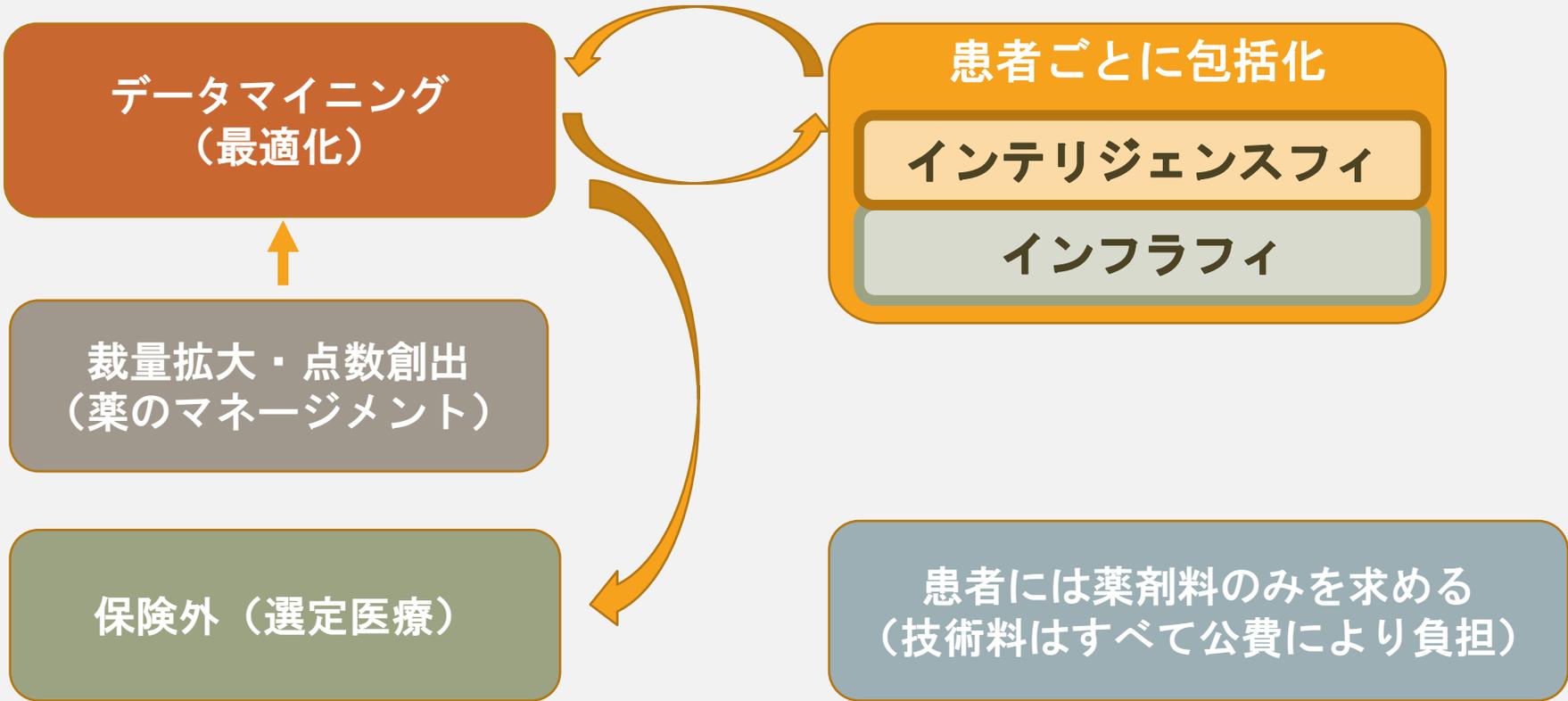
薬剤料 (42%)

(※2019年薬経連調べ)

医療費における薬剤料の負担割合も削減

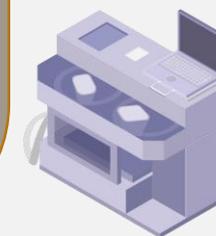
技術料はマイニング

提言



過去の提言の一例

- 自助努力で可能な算定をベース
- 剤の考えの撤廃（1 薬品毎の算定方式 素案36点/薬品）
- 連携による評価
 - 往診同行への評価
 - 一包化の算定要件の緩和（施設や在宅時の日付や名前の管理）
- 裁量の拡大（保険外も含む）
 - 薬局をチャンネルととらえ地域のインフラとして活用
 - エマージェンシーコネクト（緊急時の継続処方）
 - ワクチン投与・検体採取



今回の改定を踏まえて



- 地域支援体制加算の要件変更→低い要件をほぼすべて網羅→包括化へ？



- 連携強化加算、医療DX→地域インフラとしての役割



- 在宅医療への評価UP→超高齢化社会への対応、往診同行への評価



- 選定医療→医薬品の患者負担額の見直し



本日演題

- 薬剤料依存型の点数設計
- 医療DXを踏まえた在宅業務のための制度設計
- DXならではの報酬体系
- そしてその先へ . . .

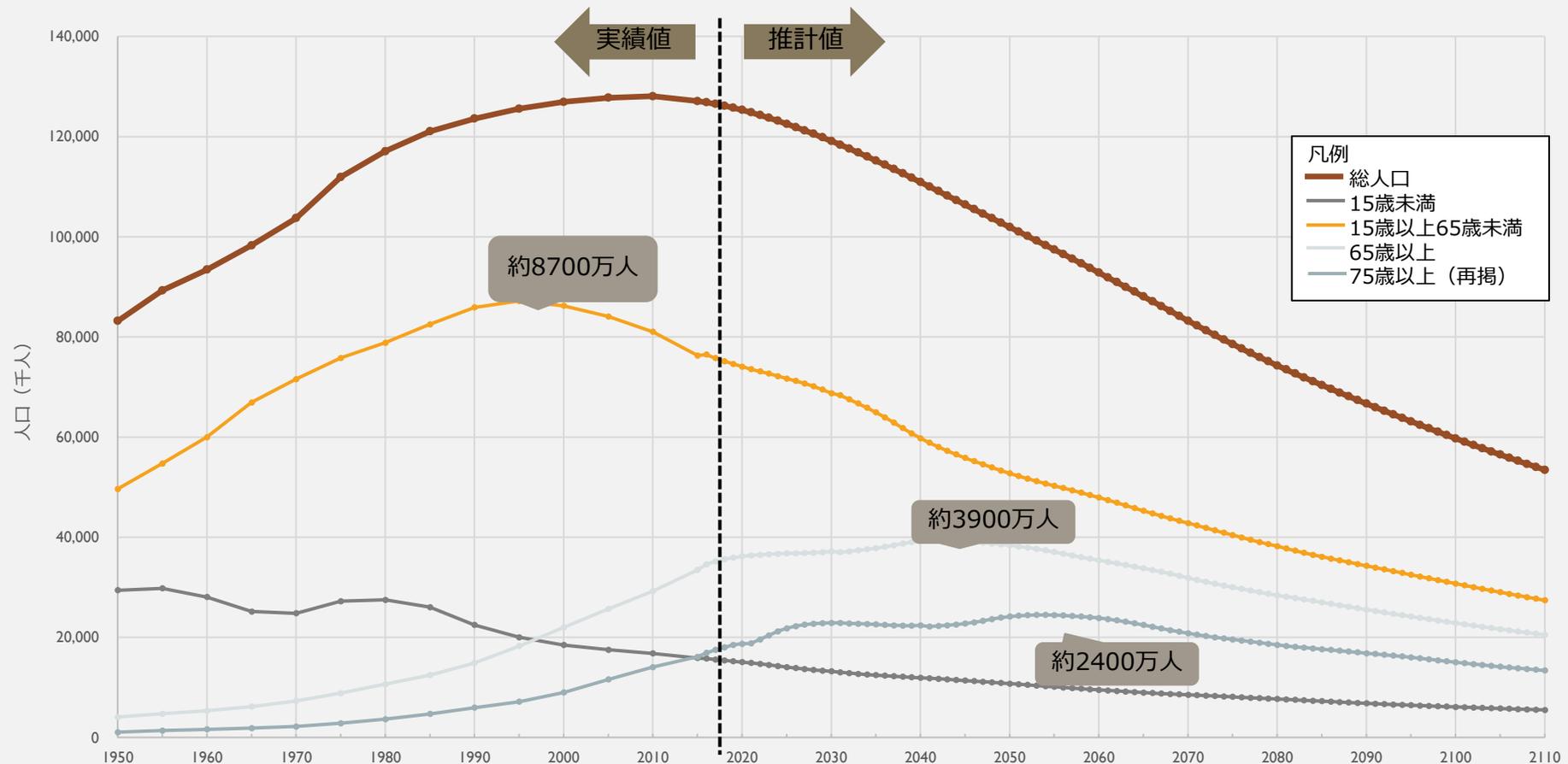


少子高齢化時代に対応する報酬体系

1. 人口動態・医療需要の変化等

人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



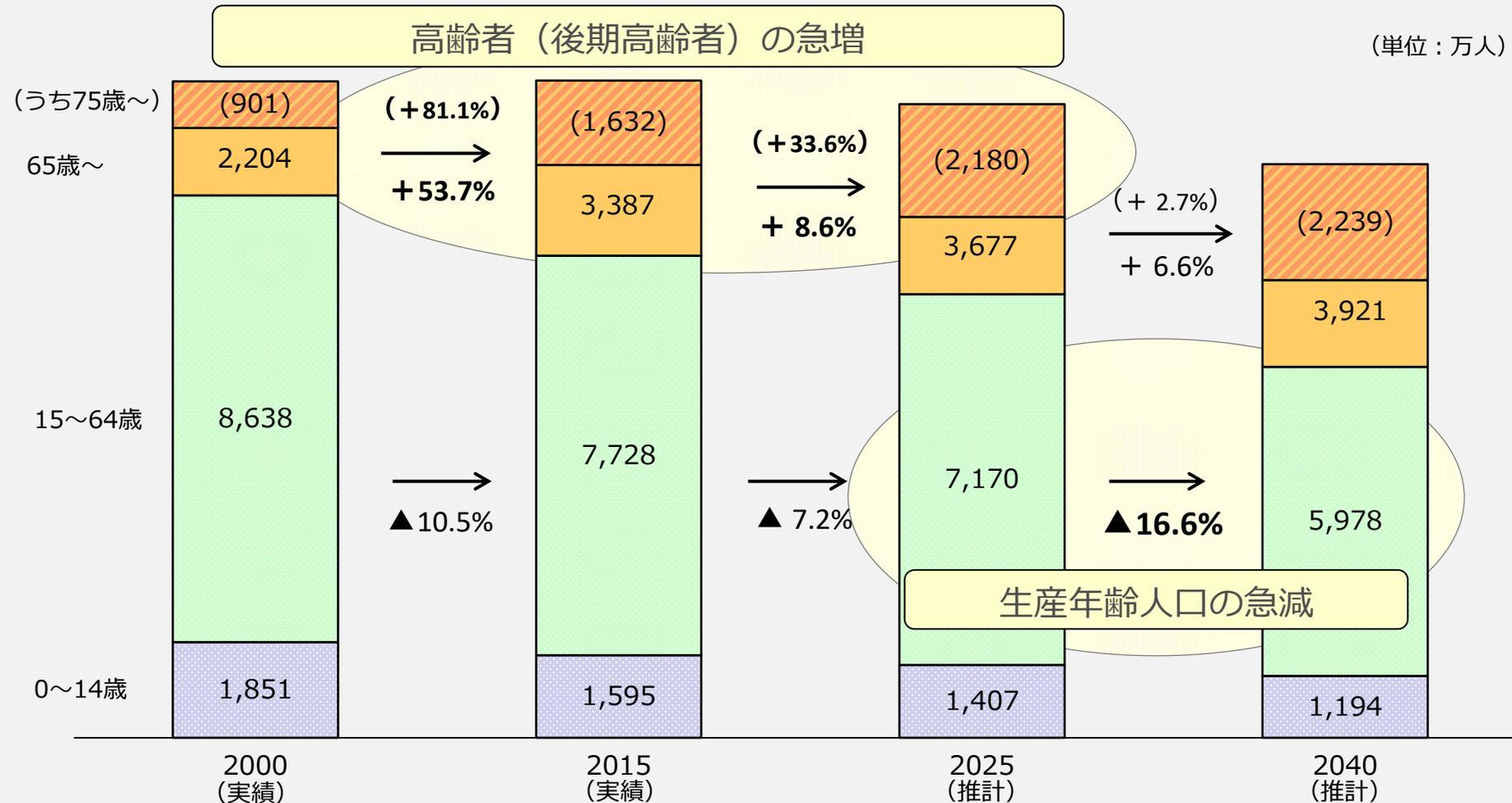
出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

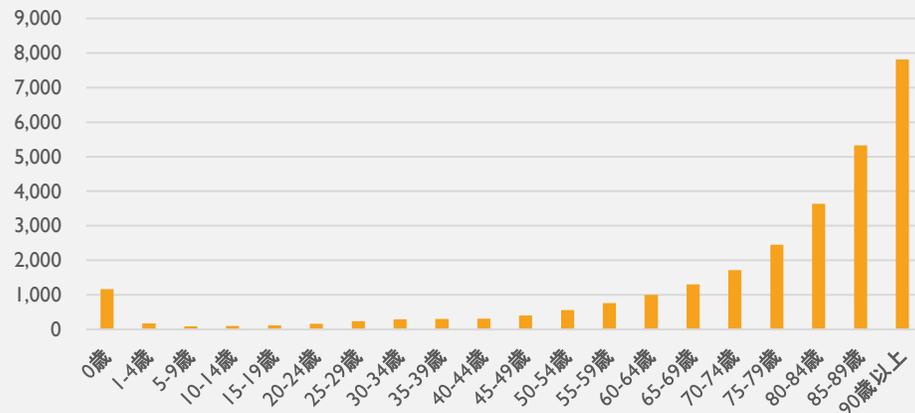
【人口構造の変化】



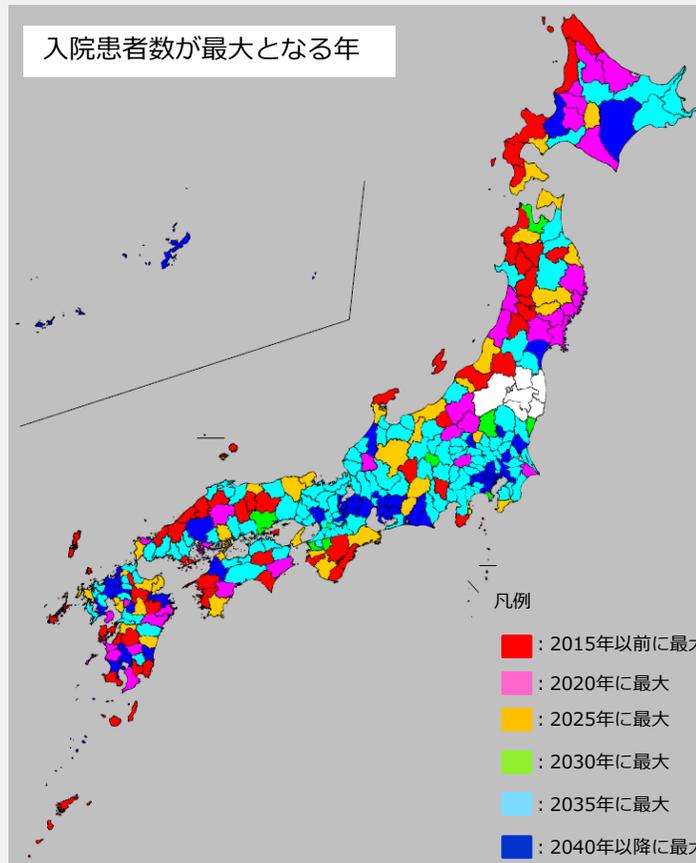
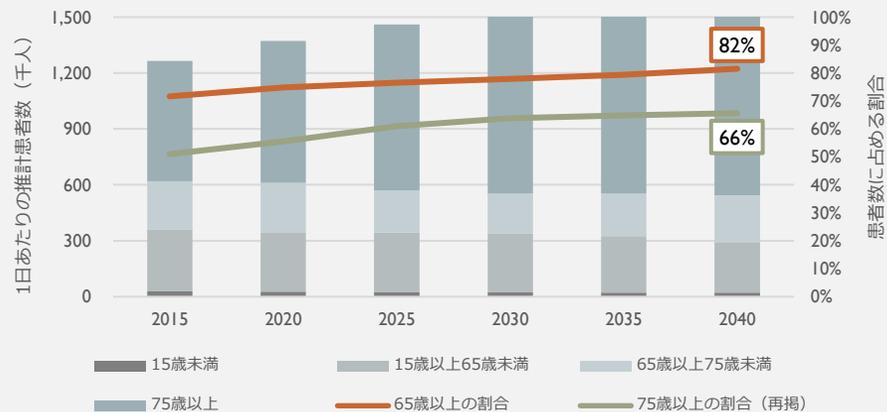
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに90の医療圏が、また2035年までには261の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



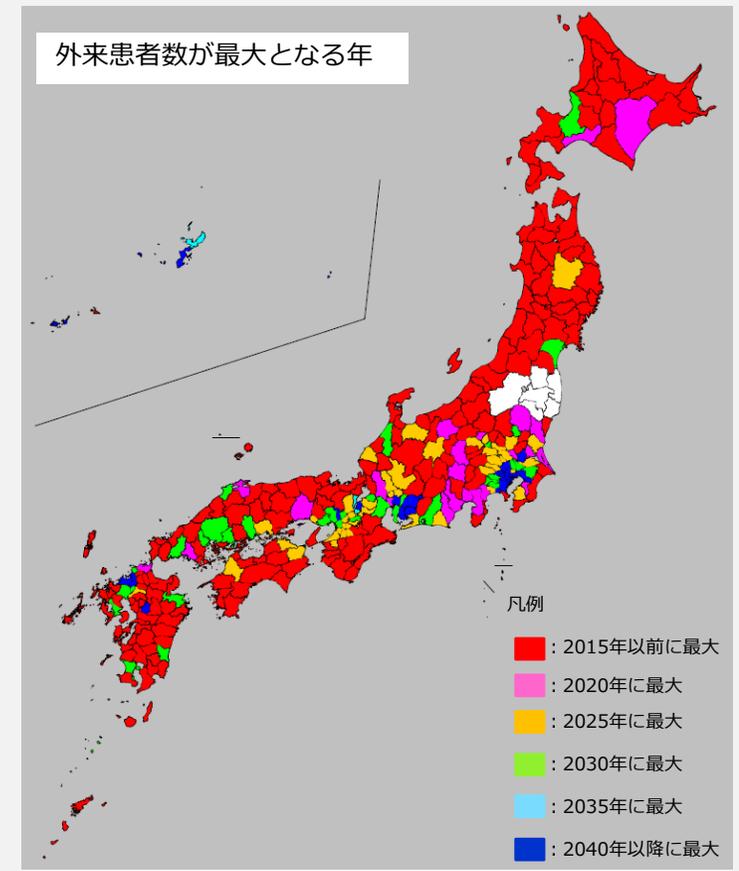
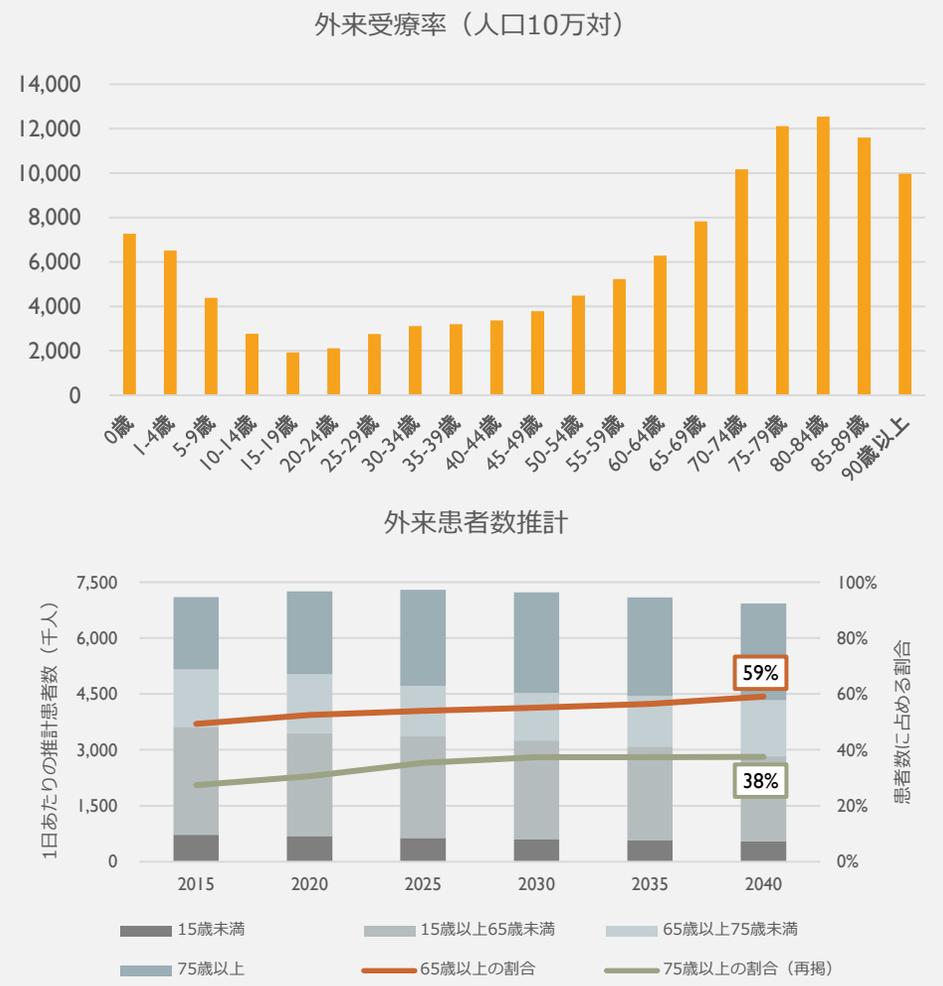
出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

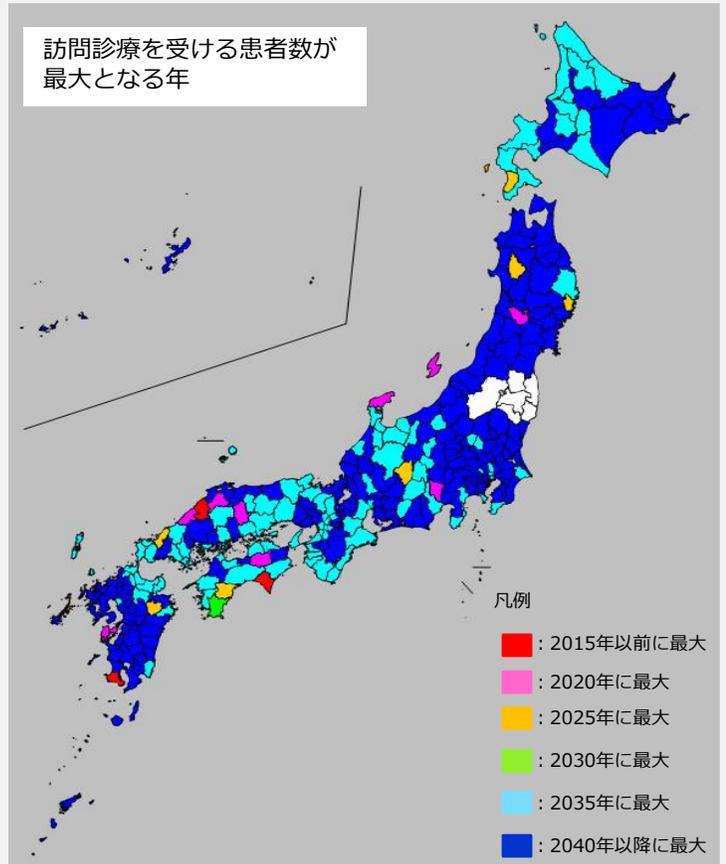
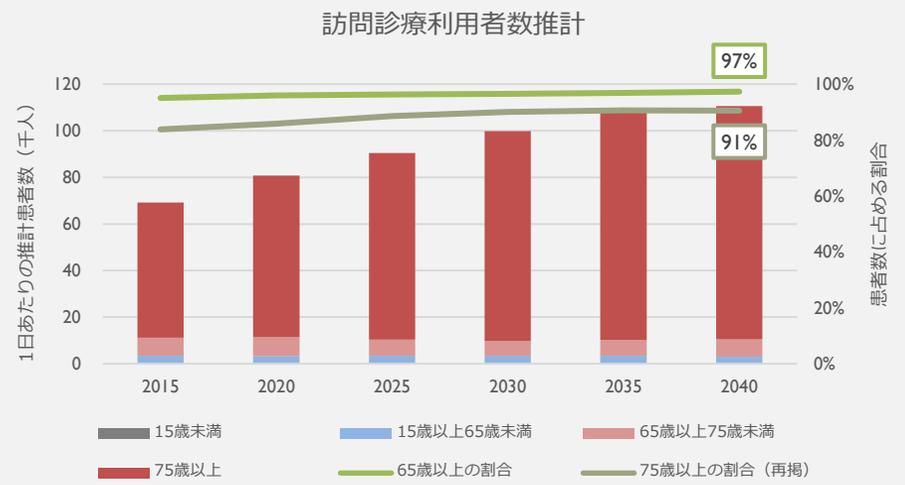
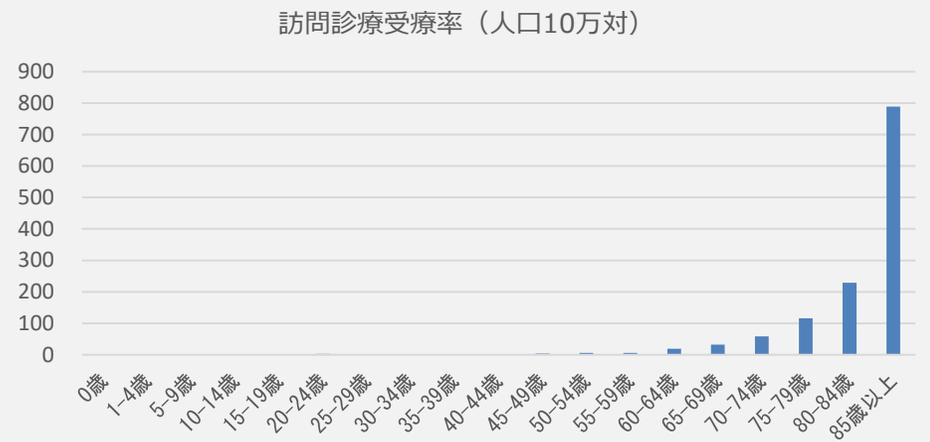
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



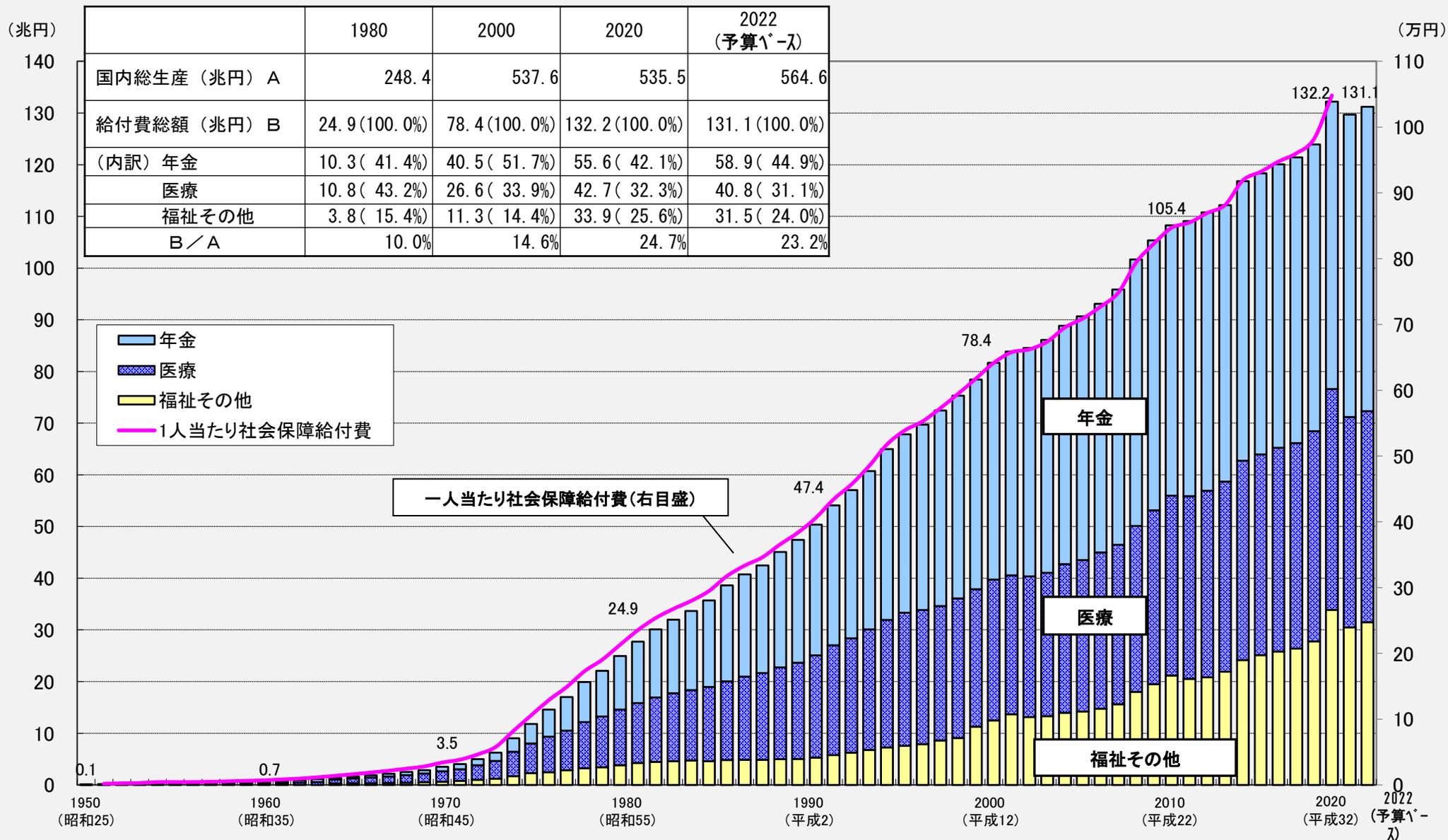
出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 ※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院—外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※ 病院、一般診療所を対象に集計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県を受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

社会保障給付費の推移

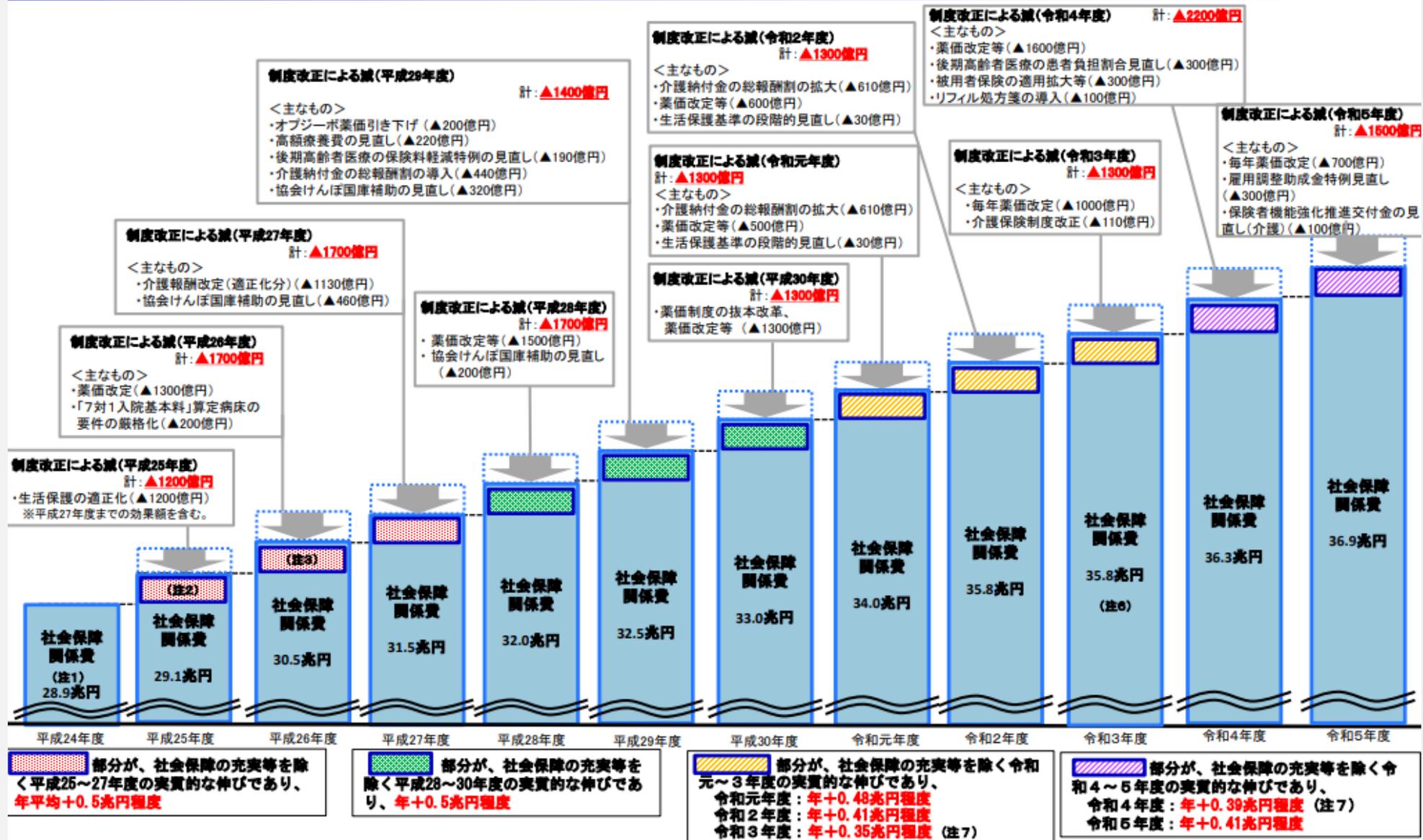


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「令和元年度社会保障費用統計」、2021~2022年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2022年度の国内総生産は「令和4年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和4年1月17日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010及び2020並びに2022年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障関係費の伸び



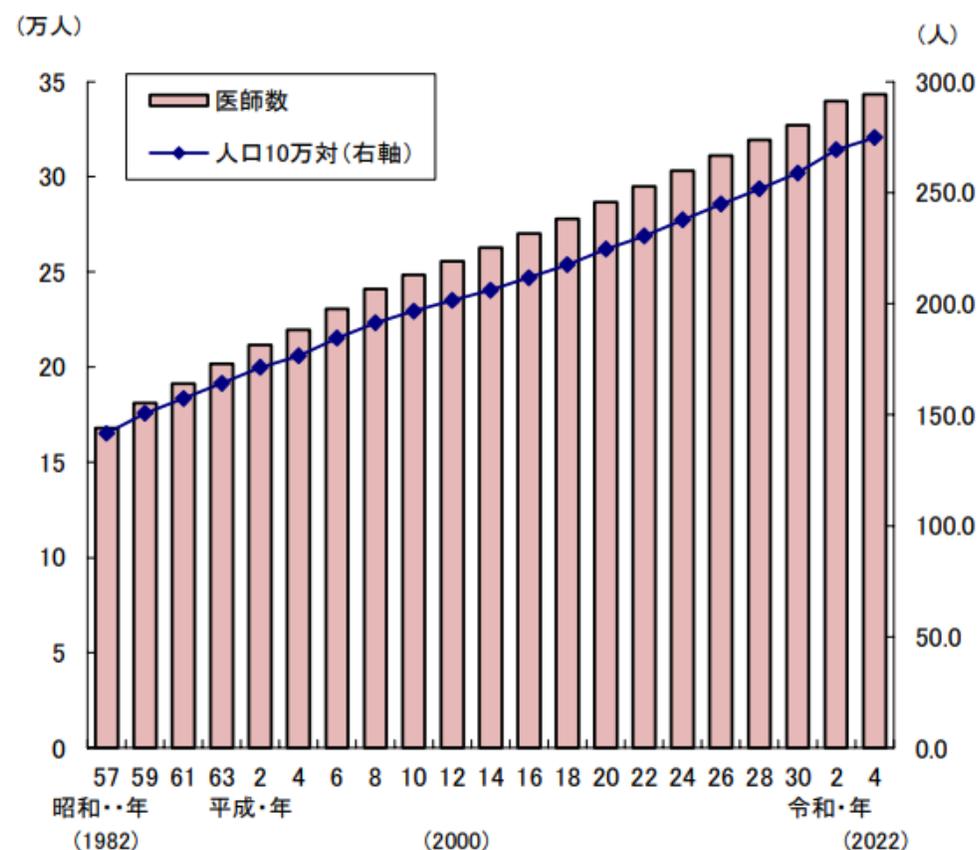
結果の概要

本統計は、令和4年12月31日現在における全国の届出「医師」343,275人、「歯科医師」105,267人、「薬剤師」323,690人を各々取りまとめたものである。

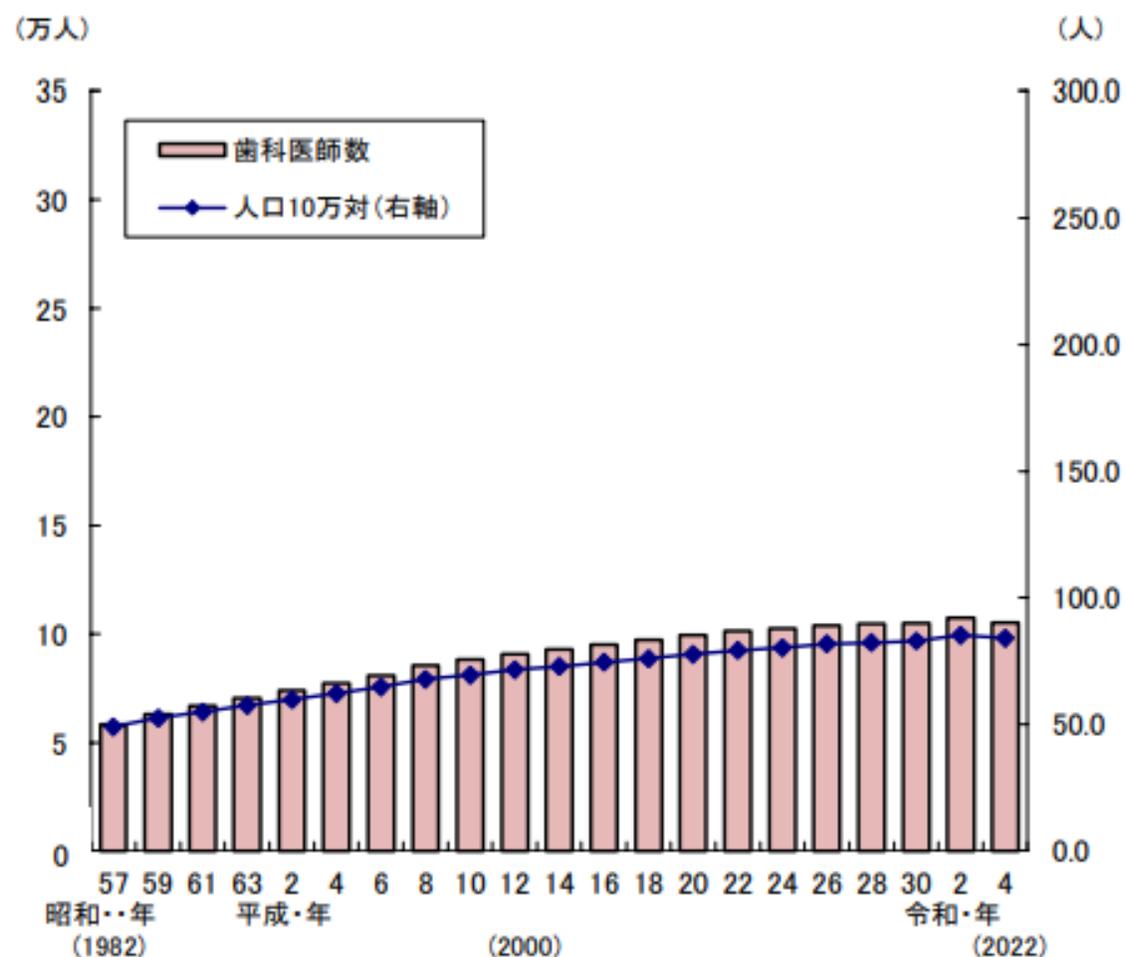
医師・歯科医師・薬剤師数の年次推移

各年12月31日現在

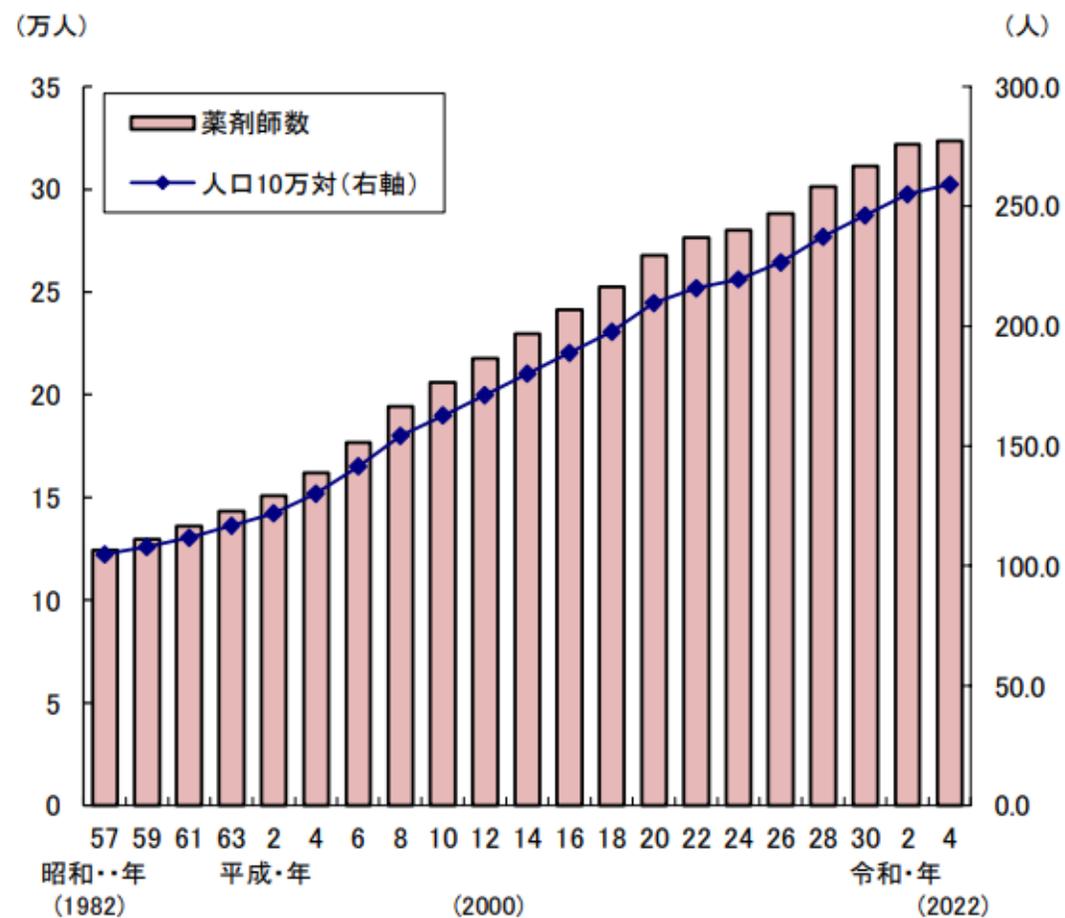
	医師数 (人)	増減率 (%)	人口10万対 (人)
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



	歯科医師数 (人)	増減率	人口10万対 (人)
		(%)	
昭和 57 年 (1982)	58 362	...	49.2
59 ('84)	63 145	8.2	52.5
61 ('86)	66 797	5.8	54.9
63 ('88)	70 572	5.7	57.5
平成 2 年 ('90)	74 028	4.9	59.9
4 ('92)	77 416	4.6	62.2
6 ('94)	81 055	4.7	64.8
8 ('96)	85 518	5.5	67.9
10 ('98)	88 061	3.0	69.6
12 (2000)	90 857	3.2	71.6
14 ('02)	92 874	2.2	72.9
16 ('04)	95 197	2.5	74.6
18 ('06)	97 198	2.1	76.1
20 ('08)	99 426	2.3	77.9
22 ('10)	101 576	2.2	79.3
24 ('12)	102 551	1.0	80.4
26 ('14)	103 972	1.4	81.8
28 ('16)	104 533	0.5	82.4
30 ('18)	104 908	0.4	83.0
令和 2 年 ('20)	107 443	2.4	85.2
4 ('22)	105 267	△ 2.0	84.2



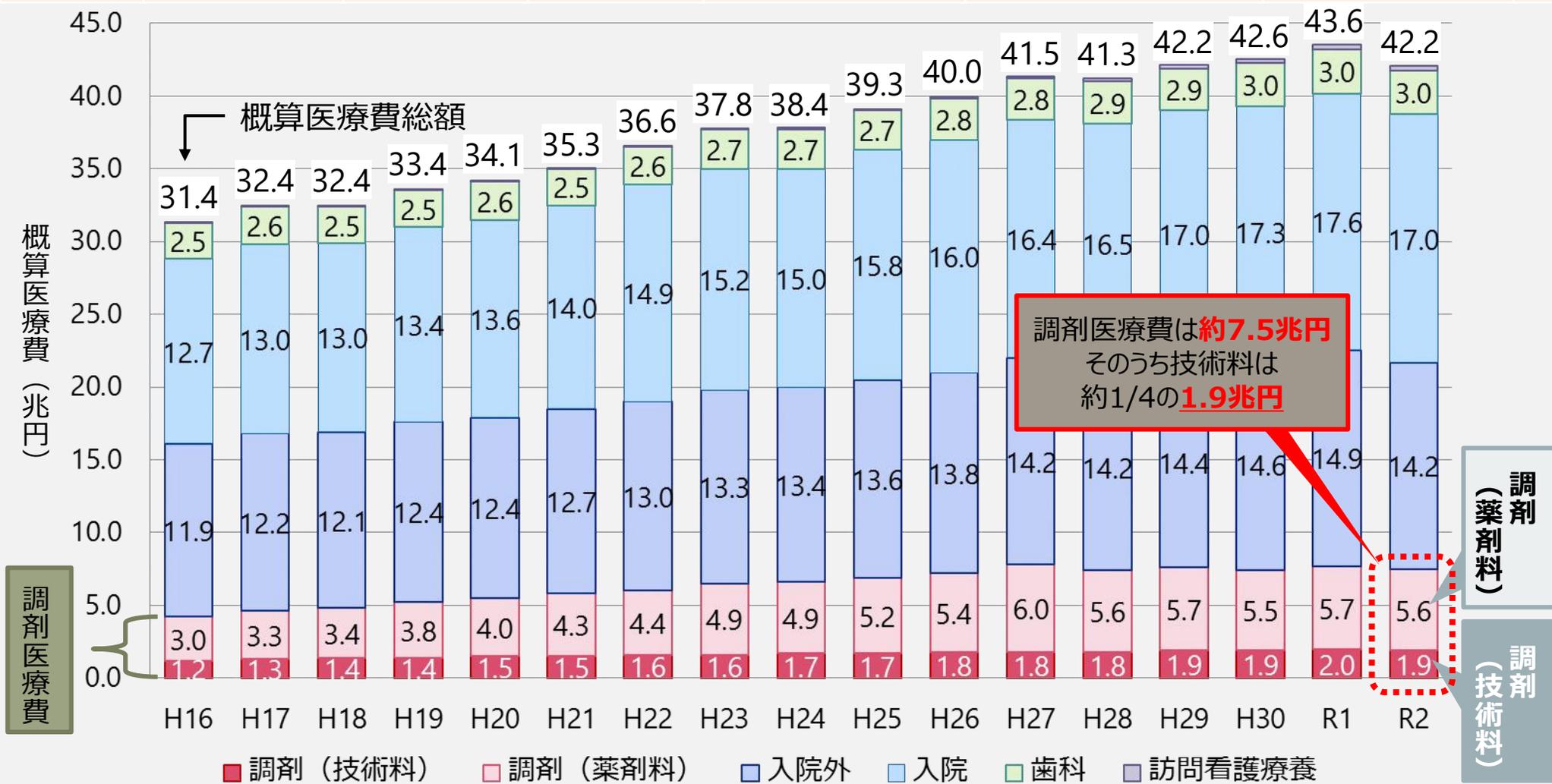
	薬剤師数		人口10万対 (人)
	(人)	増減率 (%)	
昭和 57 年 (1982)	124 390	...	104.8
59 ('84)	129 700	4.3	107.9
61 ('86)	135 990	4.8	111.8
63 ('88)	143 429	5.5	116.8
平成 2 年 ('90)	150 627	5.0	121.9
4 ('92)	162 021	7.6	130.2
6 ('94)	176 871	9.2	141.5
8 ('96)	194 300	9.9	154.4
10 ('98)	205 953	6.0	162.8
12 (2000)	217 477	5.6	171.3
14 ('02)	229 744	5.6	180.3
16 ('04)	241 369	5.1	189.0
18 ('06)	252 533	4.6	197.6
20 ('08)	267 751	6.0	209.7
22 ('10)	276 517	3.3	215.9
24 ('12)	280 052	1.3	219.6
26 ('14)	288 151	2.9	226.7
28 ('16)	301 323	4.6	237.4
30 ('18)	311 289	3.3	246.2
令和 2 年 ('20)	321 982	3.4	255.2
4 ('22)	323 690	0.5	259.1



○ 令和2年度の概算医療費は約42.2兆円であった。

○ 調剤医療費は約7.5兆円で、その内訳は、薬剤料が約5.6兆円、技術料が約1.9兆円であった。

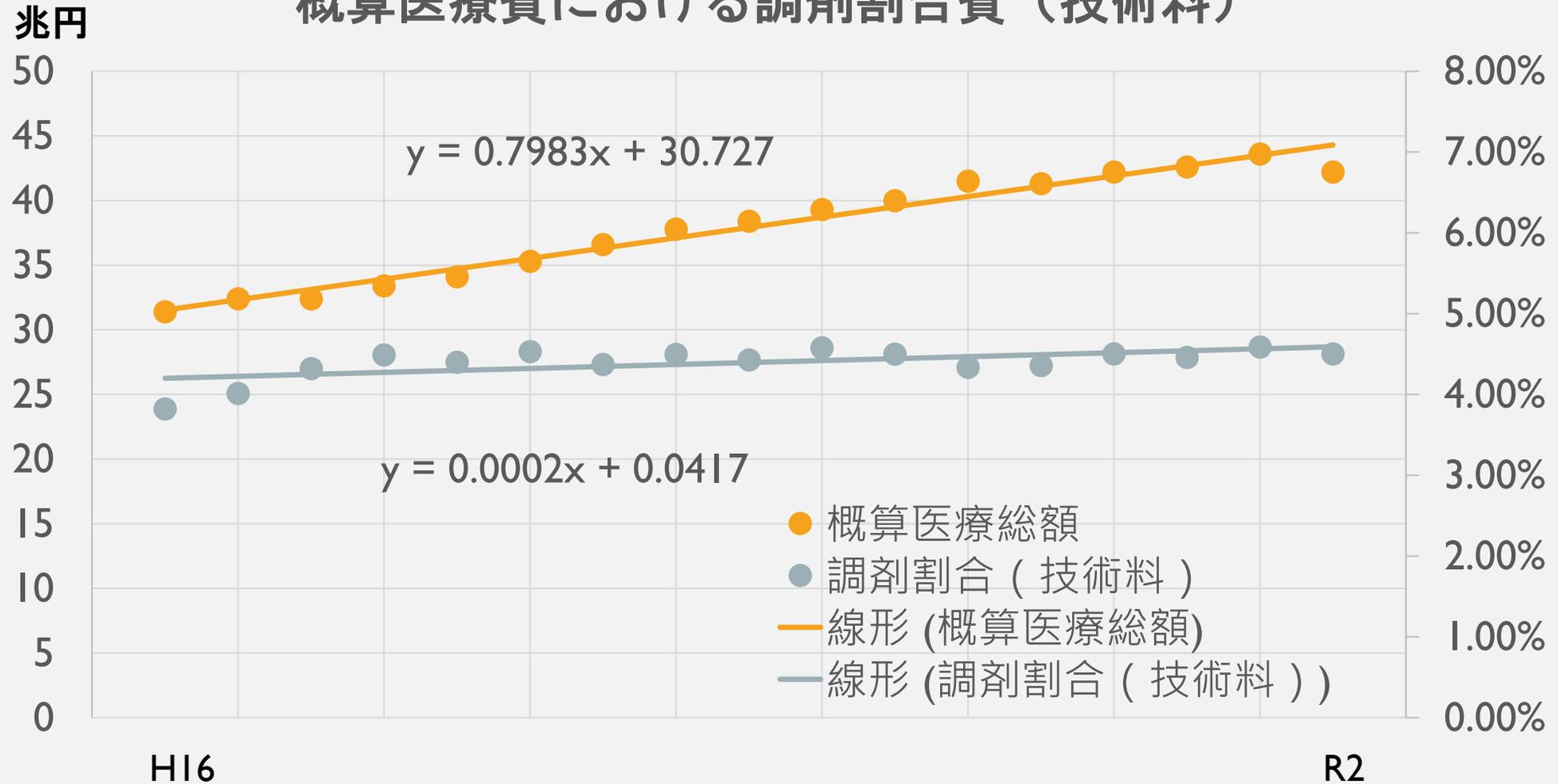
	総額	調剤合計	技術料	薬剤料	医科（入院）	医科（入院外）	歯科	薬剤料除く
HI6-RI	12.2	3.5	0.8	2.7	4.9	3.0	0.5	9.5



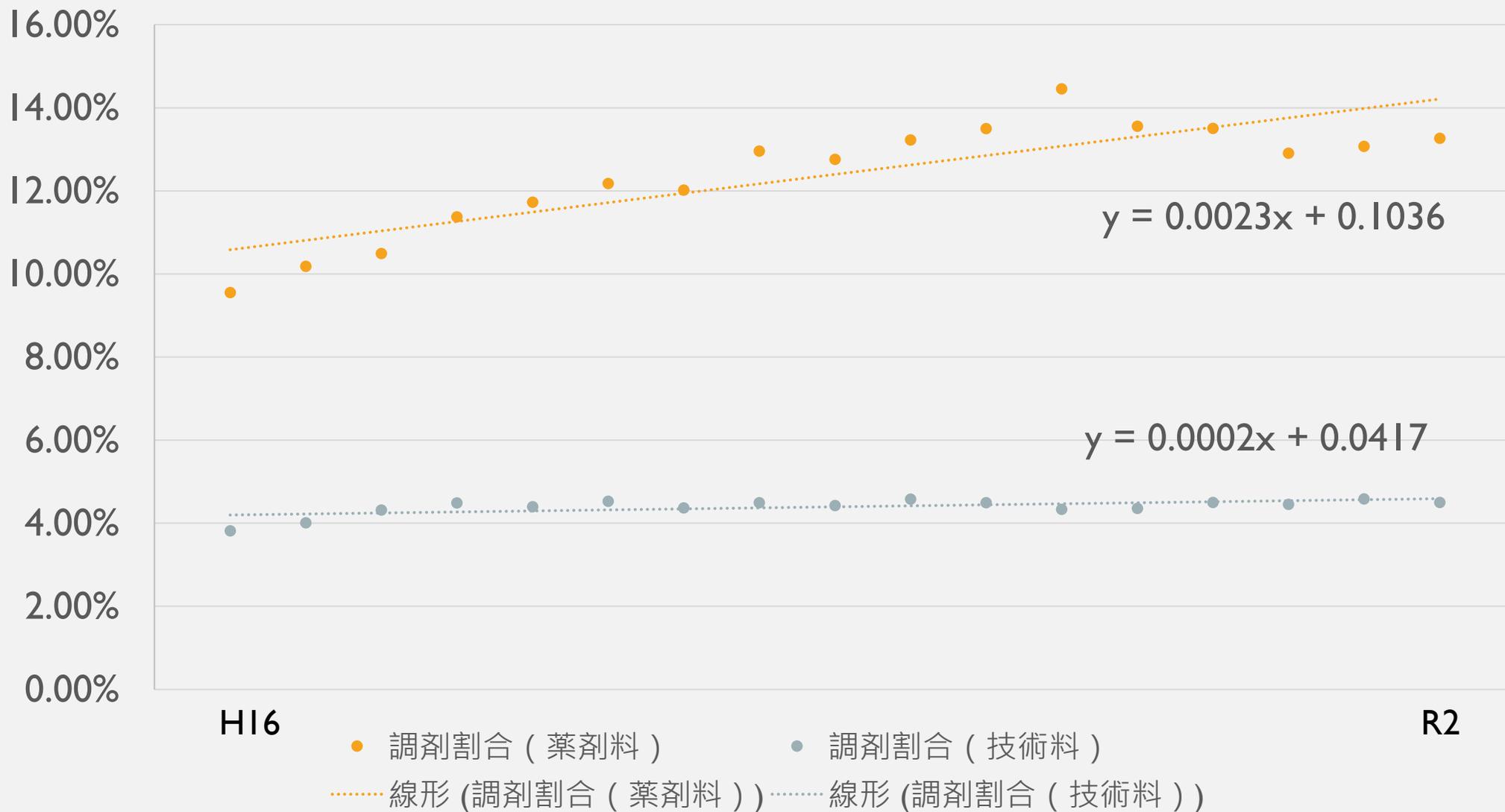
※医科（入院外、入院）及び歯科には、薬剤料が含まれる。

「医療費の動向」、「調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）を基に作成

概算医療費における調剤割合費（技術料）

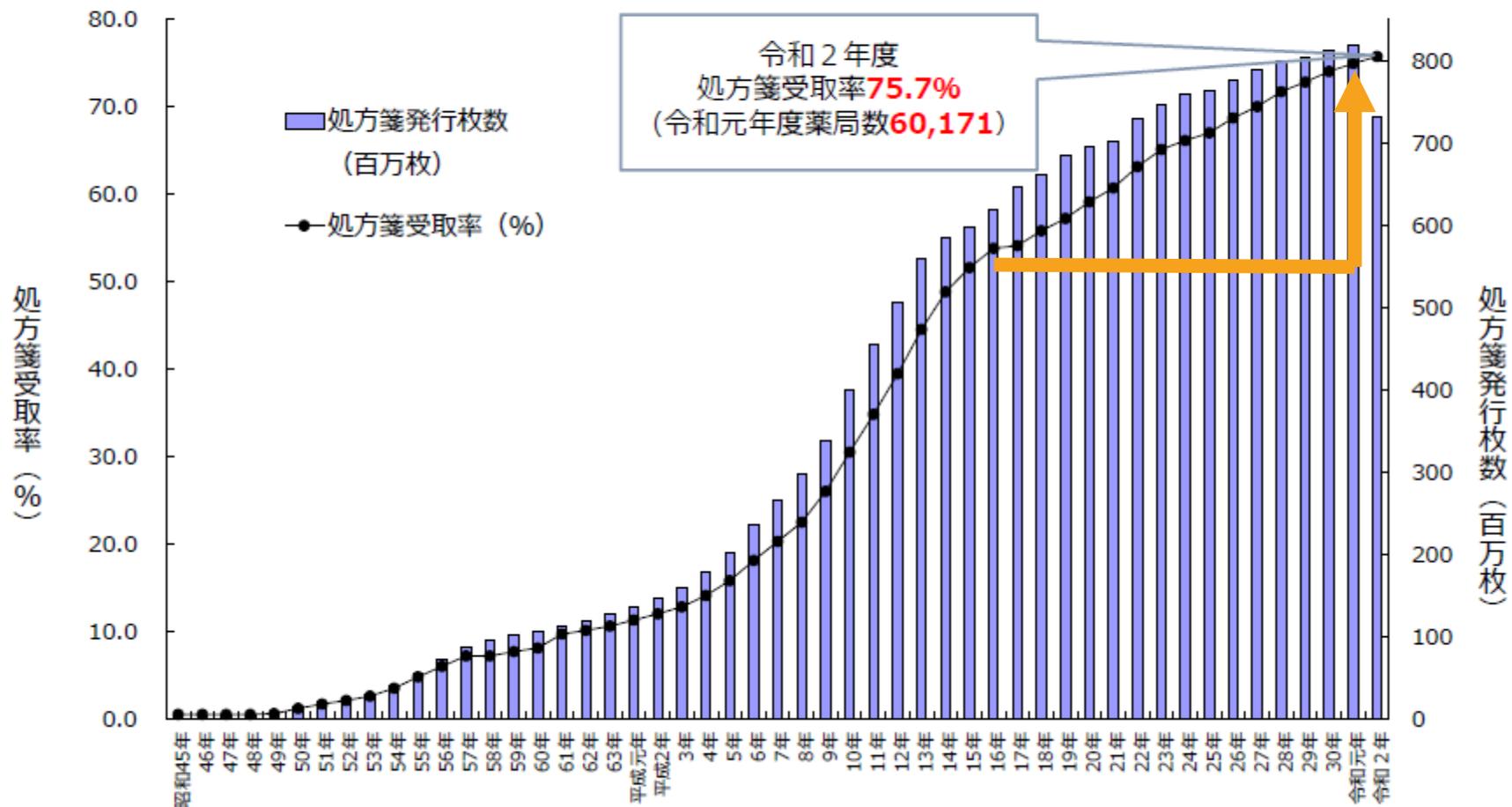


概算医療費における調剤割合比（薬剤料と技術料の比較）



H16年からR2年で約2.5億枚の処方箋増

- 令和2年度の処方箋発行枚数は約7.3億枚で、処方箋受取率は75.7%。
- 令和2年度の処方箋発行枚数は、令和元年度（処方箋発行枚数約8.2億枚）と比較して、新型コロナウイルス感染拡大の影響により減少したと考えられる。（▲約11%）



$$\text{処方箋受取率 (\%)} = \frac{\text{処方箋枚数 (薬局での受付回数)}}{\text{内科診療(入院外)日数} \times \text{内科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

(出典) 保険調剤の動向 (日本薬剤師会)

考察まとめ

- 生産年齢人口は減少するが、医療従事者が占める割合は増加
- 医療費全体は増加し、調剤も増加している
- しかし薬剤料、技術料に分け、構成比をみると技術料の構成比は横ばい
- 構成比がより増加傾向にある物は薬剤料
- この先患者数の増加から医療費総額は増加
- 薬剤料の構成割合は増加する予測が立つ



薬剤料の構成比の増加は今後の医療費増加における重要な**命題**の1つである

薬価はもっと減少すべきなのか？

- 高額薬価の医薬品も時々話題に . . .
- 製造コストも上がり、品質管理や流通管理も含めると . . .

薬価減額は悪手



命題を解決するためには？

- 薬価を下げるのではなく患者が納得すれば負担金が増えてもよいのでは？

行動経済学的に考えてみる



行動経済学とは

- 経済学に心理学を取り入れた学問
- 人間の「人々が直感や感情によってどのような判断をし、その結果、市場や人々の幸福にどのような影響を及ぼすのか」を研究する学問



行動経済学を報酬に取り込めないか？

自己負担金

- 患者の利得を損失（自己負担金に納得できるか）の観点から考えてみる

行動経済学（プロスペクト理論）における
参照点

参照点の具体例



- あなたは親しい友人が引っ越しをすると聞き、自ら手伝いに行きました。
- 丸1日友人の為に大型家具の設置から、ごみの処理まで手伝いました。
- 夜、帰りがけに、友人から「これ少ないけど、手伝ってくれてありがとう」と封筒をいただきました。
- 帰宅後中身を確認すると・・・



中には1万円が！

参照点は個人の経験や様々なバイアスによって変化する

わかりやすい \equiv 納得しやすい

行動経済学（プロスペクト理論）における参照点
（利得と損失の判断を分ける基準点）

理解しづらい物に参照点を設けにくい

自己負担金で考えると

- 納得しやすいもの

薬剤料（選定療養も含む）
薬剤情報提供料などの行為による加算

- 納得しにくいもの

施設基準などの体制加算

患者自身の行動を促す為にも

患者には薬剤料に応じた支払を求める事は有用と考える

薬剤料依存の点数設計への提言

薬剤が削除された場合に減少した薬剤料を
ベースにその割合額をを算定額
(残薬調整 ポリファーマシー 処方削除等)

体制加算は患者負担金を求めない



在宅業務と医療DX

加速する少子高齢化時代への対応として在宅業務の点数が評価された



今後医療DXも進みカルテの閲覧等も可能になり
現在病棟で行われている業務が薬局に求められる時代へ

CDTMやPBPMなどの地域版が必要？

日本医療薬学会：プロトコールに基づく薬物治療管理（PBPM）導入マニュアルより

- 医師・薬剤師などにより事前に作成・合意されたプロトコールに基づく薬物治療管理（Protocol Based Pharmacotherapy Management：PBPM）の実践を推奨している。
- 米国では Collaborative Drug Therapy Management（CDTM）として、医師と薬剤師が特定の患者に対する治療に関し契約を締結し、合意されたプロトコールに基づき薬剤師による薬物治療を管理している。
- 米国ではこうした契約が法的に認められているのに対し、わが国ではそうした法的な仕組みはない。PBPM は、薬剤師に認められている現行法の業務の中で、**医師と合意したプロトコールに従って薬剤師が主体的に実施する業務**を行うことを意味する。



事前同意プロトコル

- 同一成分銘柄変更、銘柄変更、同一成分規格変更、半錠粉碎混合（逆も）一包化、外用薬の包装規格変更、外用薬の用法の追記、処方日数の適正化、残薬に伴う投与日数の調整など
- 一部地域期から始まり全国に広まっている事前同意プロトコルによる疑義照会の簡素化。

電子処方等で地域を超えての応需が広まると
地域だけでのプロトコルでは対応に限界がある



医療DXを踏まえた在宅業務のための制度設計

事前プロトコルからの制度化

医師の診察診断をもとにした処方提案



DXならではの報酬体系

- マイナ保険証利用促進のための支援金は患者自己負担金を求めない

患者負担を求めない体制に対しての報酬

- 電子処方箋（ログが残る）
- カルテの共有化

DXの流れの中で
システムは出来てきているのでは？

さらにその先へ

第3の医薬品提供の経路の樹立

薬効分類による処方



第3の医薬品提供の経路



- 国民への医薬品の提供経路は**処方箋に基づく調剤又はOTCの2経路のみ**
- 保険薬局だから販売できるという道はないものか？

臨時的継続調剤
エマージェンシーコネクト

軽医療における継続販売等

薬効分類による処方

処方せん

患者	氏名				医療機関の所在地及び名称
	生年月日	年 月 日	男・女		医師氏名
交付年月日	年 月 日			処方箋の使用期間	交付日を含めて4日以内に提出すること
処方	ガスター錠 20mg				
	↓				
【般】ファモチジン錠 20mg					
↓					
H2blocker					
備					

臨床上の位置づけが同じ品目の処方

解剖治療化学分類法（ATCコード）を
活用できないか？



ATC分類データ

大分類

ヘルスケア・解析

中分類

医療用医薬品マスタ

ビッグデータ
解析支援

概要

国内の医療用医薬品に世界保健機関(WHO)のATC分類*を割り当てたデータ。

特徴

成分の一致で紐づけたデータと
適応症等を考慮して紐づけたデータ
の2種類を保持

原文(英語)とともに日本語の
ATC分類名を保持

* Anatomical Therapeutic Chemical Classification System : 解剖治療化学分類法

© Medical Database Co.,Ltd.



ATC分類データ

ATC分類について

医薬品の調査や比較が可能な全世界で共通の分類法で、薬効、作用部位・器官及び化学的特徴によって5段階レベルで分類

	定義	アセチルサリチル酸：N02BA01の場合	
第1レベル	解剖学的部位に基づくメイングループ	N	神経系
第2レベル	治療法サブグループ	N02	鎮痛薬
第3レベル	薬理学サブグループ	N02B	その他の鎮痛薬と解熱薬
第4レベル	化学サブグループ	N02BA	サリチル酸と誘導体
第5レベル	化学物質	N02BA01	アセチルサリチル酸

提言まとめ

第1回の報酬体系が
目の前に？

- 薬剤料依存型の点数設計
- 医療DXを踏まえた在宅業務のための制度設計
- DXならではの報酬体系
- そしてその先へ . . .



- 減少した薬剤料からの算定方式
- 体制加算は患者負担を求めない
- 事前プロトコルの制度化
- 医師の診断を基にした処方提案
- 第3の医薬品の供給経路の樹立
- 臨床上位置づけが同じ品目処方・変更調剤



最後に

- 参照点を切り口にすると患者自身の体験が大きく左右されてきます。
- 我々薬局は様々な点において広報に制限が課されている為、いかに来て頂いた時に価値を感じる体験ができるかだと思います。
- もちろん安全の観点からは「何の体験がなかった。」が理想とは言えませんが
- 目の前の患者に真摯に向き合った形が反映される報酬体系に変化していく事を願います。



〈調剤報酬新築会議メンバー〉

- | | |
|----------------|-------|
| • プライマリーファーマシー | 山村 真一 |
| • グリーンメディック薬局 | 多田 耕三 |
| • わかば薬局 | 杉本 修康 |
| • わかば薬局 | 原 和夫 |
| • ワカバ薬局 | 阿達 昌亮 |
| • 梅ヶ丘薬局 | 福田 幸彦 |



(敬称略)