

調剤報酬新築プロジェクト

～薬剤師の価値を考える～

R7.6.15 品川フロントビル会議室

THERAPEUTEC PHARMACY 福田 幸彦

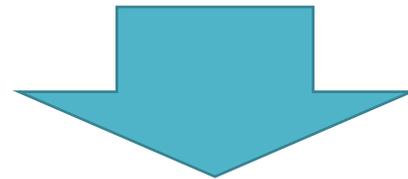
調剤報酬新築プロジェクトとは

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



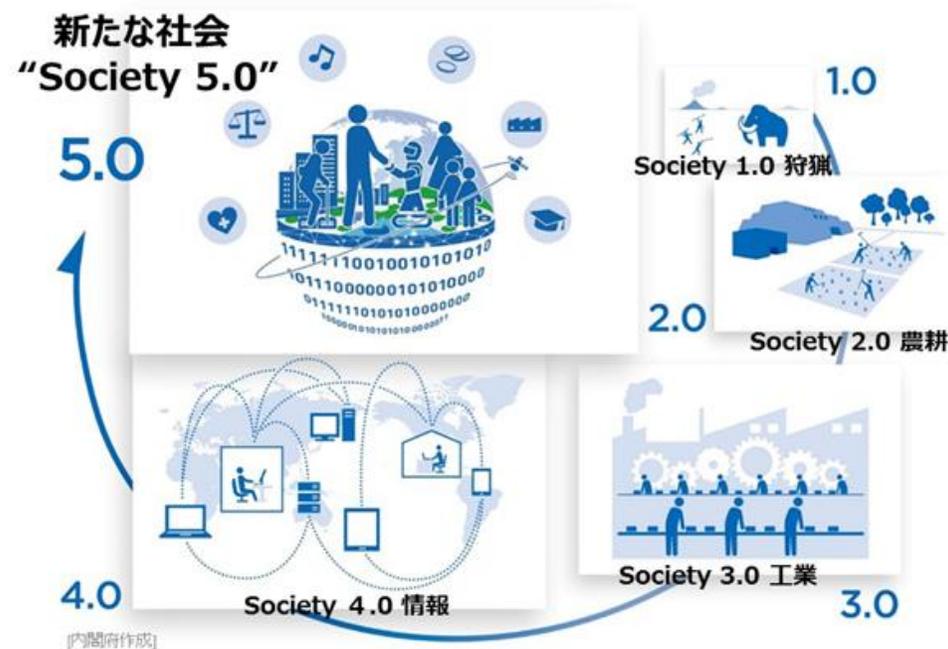
患者に分かりやすい報酬体系の新築

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)

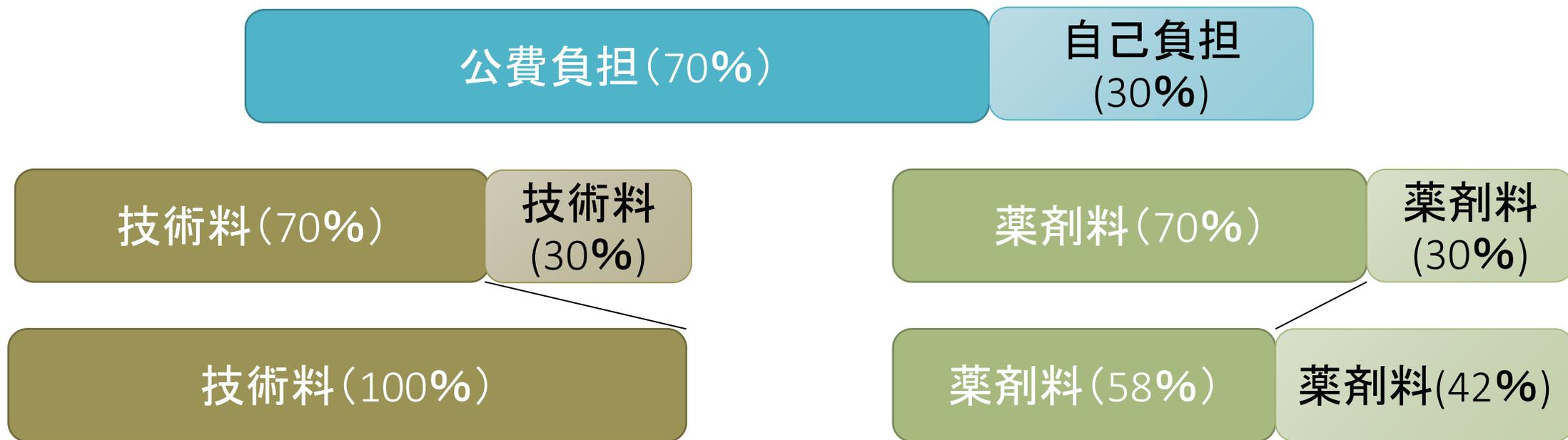
(素案 ¥2200ー)

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)

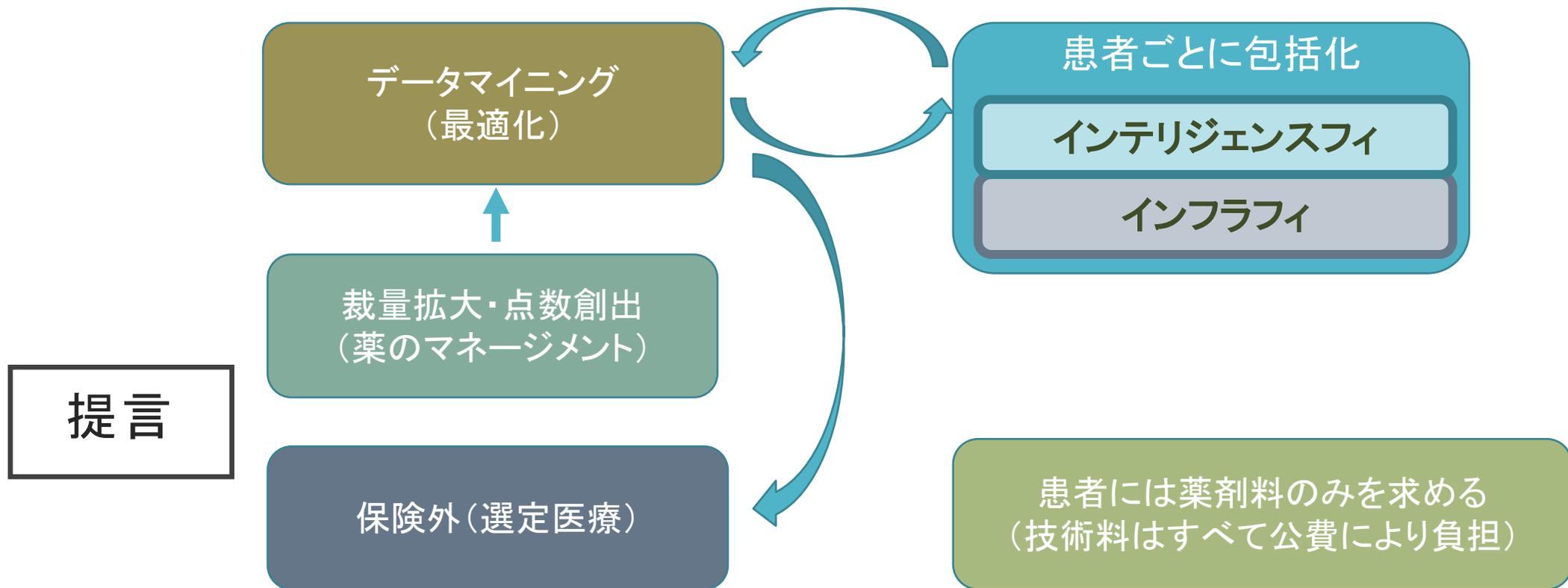
薬剤費のみの負担



(※2019年薬経連調べ)

医療費における医薬品の負担割合も削減

技術料はマイニング



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)

エマージェンシーコネク(緊急時の継続処方)

ワクチン投与・検体採取

直面している課題

- 複雑化している調剤報酬（薬剤師の労働環境、薬剤師の賃金）
- 医療費（薬剤費）の増大
- 医薬品流通問題
- 人口減少問題
- OTC類似薬



賃上げの為に

□処方箋1枚当たりの平均技術料は2,540円

(厚生労働省「令和5年度 調剤医療費(電算処理分)の動向」より)

□薬剤師1人の上限が40枚

最大で1人当たり1日約10万円程度の技術料しか捻出できない計算

→40枚制限なくせば労働環境は悪化？

□賃上げを考えるな平均技術料が上がらなくてはならない

何の点数を上げる？
新たな点数を創出する？



薬剤師の労働環境

□本来の薬剤師として業務ではなく、それらを行ったことの記録を残す業務が多すぎないか？

□患者管理としての薬歴ではなく個別指導のための薬歴作成になっていないか？
見えないものを残すには？

→行ったことの記録は録画データでもOKでは？

(連携の業務は記録が残る)

□体制加算は脅迫加算？

(レポート枚数、かかりつけ、麻薬、夜間休日…)



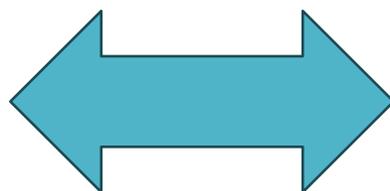
患者のためになる手間暇をかけたい

複雑化している調剤報酬

- 対物と対人
- 記録を残さないといけないもの
- 記録が残るもの

残さないとい
けないもの

形が残るもの



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

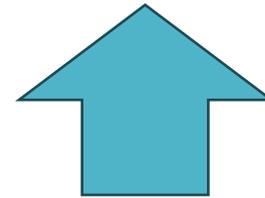
薬局機能料



業務改善としての点数整理

□記録を残せないもの

→(患者サービス、薬剤の手配、質、倫理観など)



包括的な評価

□記録を残すもの

→(薬歴、疑義照会、計画書、各種加算など)



簡素化

□記録が残るもの

→(調剤歴、報告書(連携)、電子処方箋)



体制加算

医療費の抑制と流通問題

□増大する医療費、特に薬剤費を抑制するために薬価を下げ続けてきた。

製薬の現場はギリギリ、光熱費↑、輸入価格↑、GMP厳守の為コスト↑

そのなかでも、様々なコストをカット

→製造量にも余裕はない

□選定療養の制度も相まって、医薬品の流通に支障をきたしている。



医薬品はライフライン

- 医薬品は売れなくても在庫しておく必要がある
- 必要な治療が受けられないこともさることながら
 - 災害やテロなど有事の時対応するためには余力が必要
(備蓄することとともに流通も管理しておく必要がある)
- 包装単位により不動在庫が生まれる



松本サリン事件の時には
卸にも余裕があった・・・

医薬品の流通において
利益が出ない医薬品を管理するコストを他の利益から賄う
価格差(乖離率)は必要

出荷調整加算

- 出荷調整により応需拒否の様になっている事例がある。
- 出荷調整品を把握し、確保している。又は、代替品を提案し変更し対応している。
- 特管3口では定期的に服用しているものか変更したときにしか算定できない。
- 同成分でもメーカーによって出荷状況が異なる

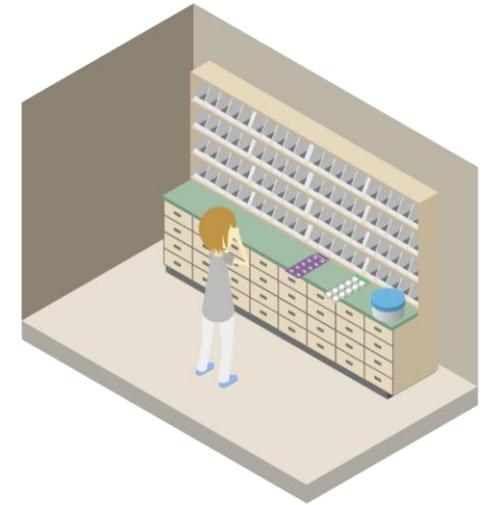
出荷調整品及び、同成分の医薬品の記載された処方箋を
応需したら●点

出荷調整加算

出荷調整の医薬品を記載した処方箋を応需したら算定可
Aメーカー出荷調整、Bメーカー通常出荷でBを調剤しても算定可
疑義の結果ほかの薬剤に変更、または中止になっても算定可

自薬局の日々の在庫状況や、在庫状況で出荷調整中かは概ね判断可能
DSJPやメーカーの情報源から出荷調整状況の確認は可能

流通が改善すればこの加算は算定することがなくなる。



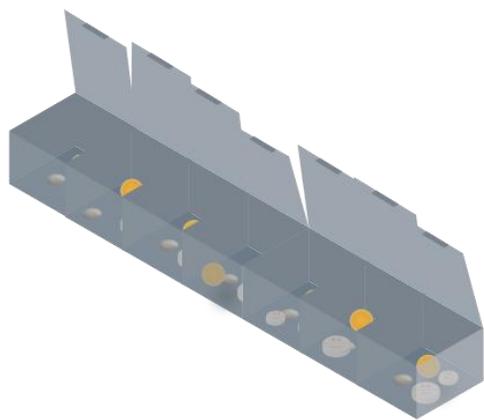
選定療養の現場で感じる問題点

1/4と相当と説明されているが...

剤毎に

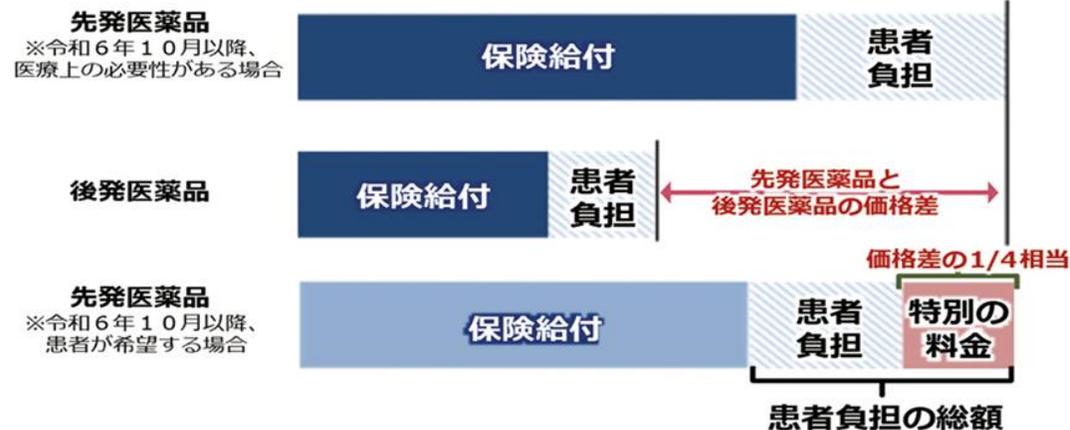
薬価(円)を点に変換してから円に変換

実際の特別な会計は1/4ではない。



図表 特別の料金の計算方法

先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を特別の料金としてお支払いいただきます。
例えば、先発医薬品の価格が1錠100円、後発医薬品の価格が1錠60円の場合、
差額40円の4分の1である10円を、通常の1〜3割の患者負担とは別にお支払いいただきます。



※「特別の料金」は課税対象であるため、消費税分を加えてお支払いいただきます。
※端数処理の関係などで特別の料金が4分の1ちょうどにならない場合もあります。詳しくは厚生労働省HPをご覧ください。
※後発医薬品がいくつか存在する場合は、薬価が一番高い後発医薬品との価格差で計算します。
※薬剤料以外の費用(診療・調剤の費用)はこれまでと変わりません。

剤の考えによる弊害

実際の負担金は薬価差は長期収載品と後発医薬品での最終計算後の差金額の1/4にはならないか

「調剤料」→薬剤調整料(対物業務:24点)、調剤管理料(対人業務:日数倍量)
(「調剤調整料」で6種類以上を評価)

対人業務とフォーカスを当てた時、調剤管理料に剤の考え方は必要か？

1薬剤につき日数にかかわらず36点？

内服薬 処方箋1枚当たり薬剤料の3要素分解

	実数						対前年度比(%)					
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	
内服薬 処方箋1枚当たり 薬剤料(円)	5,273	5,478	5,886	5,666	5,389	5,334	3.9	7.4	▲ 3.7	▲ 4.9	▲ 1.0	
処方箋1枚当たり薬剤種類 数	2.80	2.79	2.76	2.76	2.76	2.79	▲ 0.3	▲ 1.0	▲ 0.1	0.0	1.0	
1種類当たり投薬日数(日)	24.1	25.0	28.2	28.1	27.9	27.0	3.6	12.7	▲ 0.5	▲ 0.4	▲ 3.4	
1種類1日当たり薬剤料 (円)	78	79	76	73	70	71	0.5	▲ 3.7	▲ 3.2	▲ 4.5	1.4	

厚生労働省HP 医科・調剤医療費の動向調査:集計結果より抜粋

表2-2 処方箋1枚当たり調剤医療費の内訳と構成割合

	実数(億円)						対前年度比(%)					
	平成 30年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 元年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	
調剤医療費	74,279	77,025	74,987	77,059	78,332	82,678	3.7	▲ 2.6	2.8	1.7	5.5	
技術料	19,311	19,771	18,779	20,103	21,264	22,474	2.4	▲ 5.0	7.1	5.8	5.7	
調剤技術料	15,294	15,773	15,046	16,136	10,772	11,554	3.1	▲ 4.6	7.2	▪	7.3	
調剤基本料	5,336	5,666	5,536	6,202	6,553	7,024	6.2	▲ 2.3	12.0	▪	7.2	
薬剤調製料	8,548	8,649	8,101	8,456	3,656	3,919	1.2	▲ 6.3	4.4	▪	7.2	
加算料	1,411	1,458	1,409	1,478	562	610	3.3	▲ 3.3	4.9	▪	8.6	
薬学管理料	4,016	3,998	3,733	3,967	10,492	10,921	▲ 0.5	▲ 6.6	6.3	▪	4.1	
薬剤料	54,834	57,114	56,058	56,800	56,908	60,041	4.2	▲ 1.8	1.3	0.2	5.5	
内服薬	44,346	46,021	44,878	45,267	44,988	47,245	3.8	▲ 2.5	0.9	▲ 0.6	5.0	
屯服薬他	344	344	326	327	330	339	0.2	▲ 5.4	0.4	1.0	2.6	
注射薬	3,052	3,551	3,964	4,488	4,925	5,586	16.3	11.6	13.2	9.7	13.4	
外用薬	7,092	7,198	6,891	6,717	6,665	6,872	1.5	▲ 4.3	▲ 2.5	▲ 0.8	3.1	
(再掲) 後発医薬品	10,245	10,959	11,337	11,391	11,256	11,611	7.0	3.4	0.5	▲ 1.2	3.2	

厚生労働省HP 医科・調剤医療費の動向調査:集計結果より抜粋

薬剤調整料への変化

箱出し調剤が可能になれば
日数倍量性は不要に？

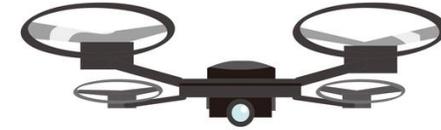
薬剤調整料8438.5億円 (H30～R3平均値) → 3787.5億円 (R4～R5平均)
 Δ4651億円 → 処方箋1枚当たり552.10円 (R3～R5枚数平均8億4242枚)
 処方箋1枚当たり2.77種類の薬剤 (R3～R5平均) → 199.31円/種類



		実数						対前年度比(%)				
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
全数	調剤医療費(億円)	74,746	77,464	75,447	77,515	78,821	83,077	3.6	▲ 2.6	2.7	1.7	5.4
	処方箋枚数(万枚)	84,361	84,284	76,497	80,205	83,762	88,759	▲ 0.1	▲ 9.2	4.8	4.4	6.0
	1枚当たり調剤医療費(円)	8,860	9,191	9,863	9,665	9,410	9,360	3.7	7.3	▲ 2.0	▲ 2.6	▲ 0.5

1薬剤につき日数にかかわらず20点

薬剤師は何ができる？



少子高齢化は確実に目の前に来ている。
離島の薬局が閉鎖して無薬局状態にもなっている。

- より効率的に？
- 規制を緩和する？



薬剤師がそこにいる価値とは？

薬剤師の選任業務(コアバリュー)は？

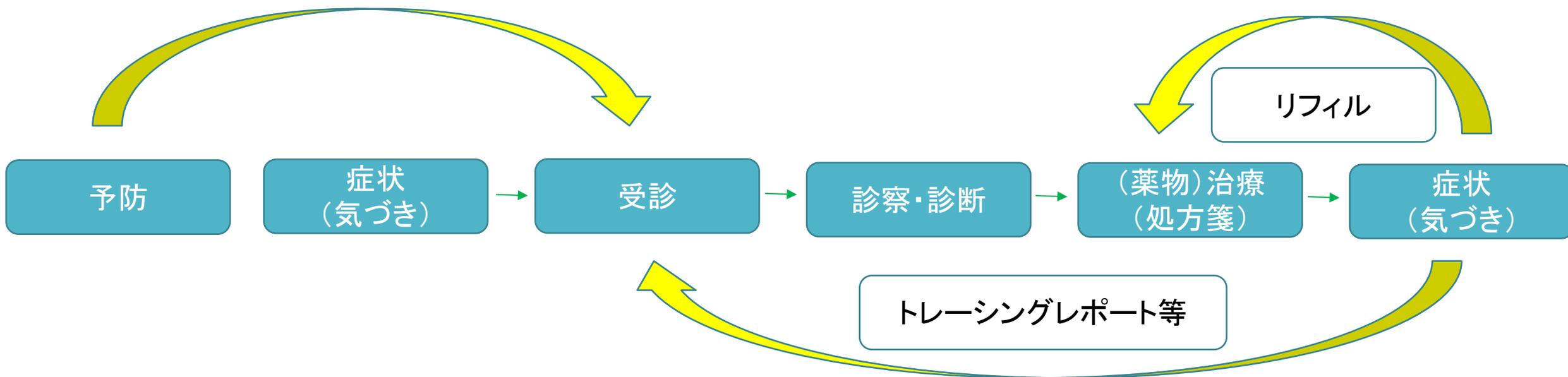
薬剤師に可能な医療

薬物治療をコンサルト

診断前→予防や受診勧奨を行う

診断後→治療方針が決まって以降の薬物治療のコンサルト

(最終医薬品を受け取る相手(患者)の薬物治療の状況を最も把握しているのが薬剤師)



診察・診断以外は薬局で

●一包化 要件:服用時点が異なる2種類以上の内服用固形剤又は1剤で3種類以上の内服用固形剤

→ 手が不自由、認知機能低下などだけでは認めない

疑義の必要性 → 診療時間外ではつながらない

日数上限 → コストと時間？

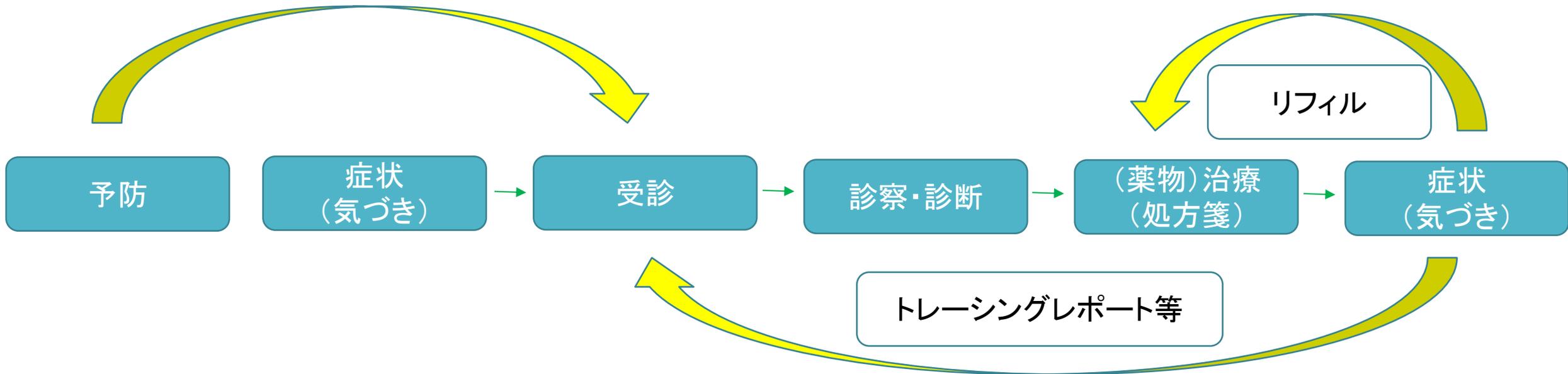
●剤形変更→患者に対して最適な剤形を示せるのは薬剤師

事前プロトコルで現場で疑義照会が簡素化
それを、報酬体系や事務連絡で変更できないか？

医療費削減に寄与

薬局を情報の発信源に(リフィル処方箋の周知など)

ファーストアクセスを薬局へも



行動変容を薬局から

- 薬局から医師への紹介状
- 算定は薬局から紹介状を受け取った医療機関
- 薬局に来られた患者からどのような相談があり
- 何を販売したか（又は販売せず受診勧奨したか）
- 経緯を文書で連携を行う



薬局をファーストアクセスにする報酬体系の新築

受診勧奨はどのくらいある？

受診勧奨され、受診したかが不明瞭

→数値化するためには新しい加算は有効

情報を受け取った側も算定できる報酬体系が必要。

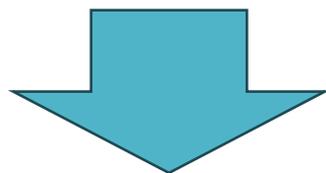
→医療機関から薬局へファーストアクセスが促される



薬剤情報提供料の一本化

薬剤情報提供料1・2・3

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料



などの報告書を一つにまとめられないだろうか？

とは言うものの・・・

トレーシングレポートがノルマになり中身の無いようなレポートがすでに量産
メディアが「薬局にいきなり行くと高くなる」とか言い出したり・・・

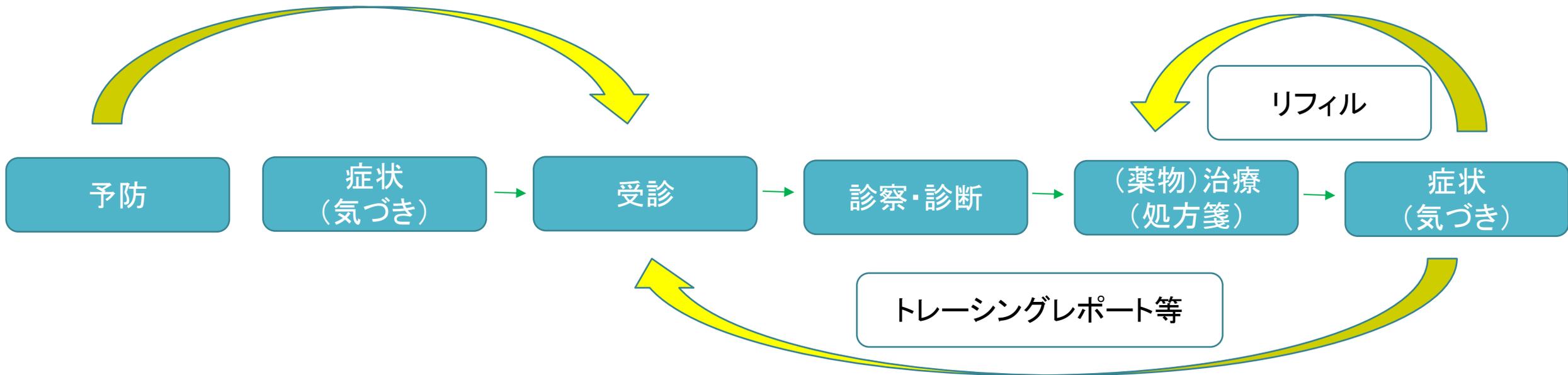
薬局をファーストアクセスへと国民の行動変容を促すにはこの方法はあまり良い方法とは言い切れない。

我々も患者を見ているが患者自身も薬局を見定めている事を忘れてはならない

目の前の患者に真摯に対応するしかない？

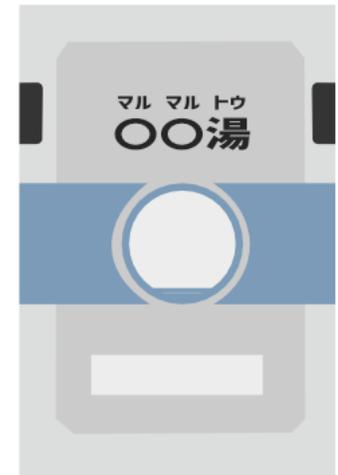
薬剤師の専門性としての販売行為

花粉症などの軽微な持病などに関してはファーストアクセスとして薬局が寄与
慢性疾患においてリフィルによる受診勧奨
診断がついているものは薬局で管理可能



OTC医薬品や零売専門薬局の問題点

- OTC医薬品はリスト化が難しい
- 現場としては合剤が多すぎる
- OverTheCounterというが2類以下では聞き取りもなく購入が可能
- 零売専門薬局では受診勧奨後の患者へのケアを行えない



第3のルートは構築できないか？

- OTCによる販売、もしくは処方箋に基づく調剤の2つの販売ルートしかない
(零売はOTCに紐づいている)
- OTC類似薬(共用医薬品)を保険薬局が販売する
- 患者の疾患等の情報取得が必要
- 販売歴の情報共有が可能
- 受診勧奨も含め患者の薬物治療を経時的にコンサルトする



リストのある医療用医薬品を、保険薬局のみがマイナカード等で情報を相互に共有しOTC類似薬を販売するルート

- ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼
- ▼ A 消化管と代謝作用
 - ▶ A01 口腔科用製剤
 - ▼ A02 胃酸関連疾患用薬
 - ▶ A02A 制酸薬
 - ▼ A02B 消化性潰瘍と胃食道逆流用薬
 - ▶ A02BA H2受容体拮抗薬 [dg:DG01481]
 - ▶ A02BB プロスタグランジン
 - ▼ A02BC プロトンポンプ阻害薬 [dg:DG01646]
 - ▶ A02BC01 オメプラゾール [dg:DG00020]
 - ▶ A02BC02 パントプラゾール [dg:DG00021]
 - ▶ A02BC03 ランソプラゾール
 - ▶ A02BC04 ラベプラゾール [dg:DG00022]
 - ▶ A02BC05 エソメプラゾール [dg:DG00023]
 - ▶ A02BC06 デクスランソプラゾール [dg:DG03298]
 - A02BC07 デクスラベプラゾール
 - ▼ A02BC08 ボノプラザン [dg:DG03104]
 - D11784 ボノプラザン
 - D10466 ボノプラザンフマル酸塩 (JAN) <JP/US>
 - ▶ A02BC09 テゴプラザン
 - ▶ A02BC10 フェクスプラザン
 - ▶ A02BC11 イラプラゾール
 - A02BC51 オメプラゾール、配合
 - A02BC53 ランソプラゾール、配合
 - A02BC54 ラベプラゾール、配合
 - ▶ A02BD ヘリコバクター・ピロリ除菌用の配合物
 - ▶ A02BX その他消化性潰瘍と胃食道逆流症用薬

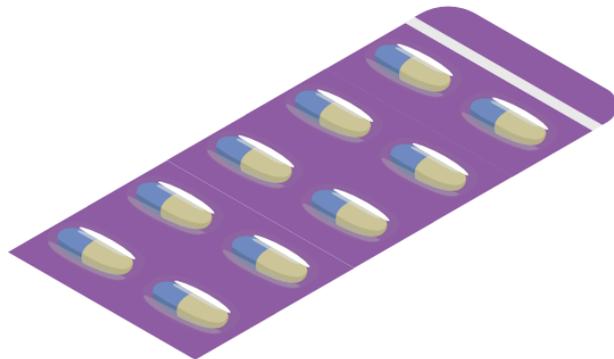
変更調剤の拡大？

低薬価品への変更調剤による加算
(類似薬も含め)

結果から医薬品数の集約



フォーミュラリーの参考データに？



まとめ

- ✓ 乖離率の必要性
- ✓ 再度、剤の考えの見直し(1薬剤につき20点の薬剤調整料)
- ✓ 事前プロトコルを報酬体系や事務連絡等で組み込む
- ✓ 診察・診断以外のところは薬剤師へ(薬物治療のコンサルト業務)
- ✓ OTC・処方箋に基づく調剤以外の第3のルート
- ✓ 低薬価品目への変更調剤加算



〈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
THERAPEUTEC PHARMACY	福田 幸彦



(敬称略)

最後に

国民に分かりやすい報酬体系と高度な薬剤師の知的技術を両立させるにはまだまだ工夫が必要です。

また、社会保障費を有効に活用するには国民の行動変容が必要となります。

本日の提言のほとんどが薬局の利用者に対して我々ができることですが、

今薬局を利用していない世代の方々にもより効率的な薬局の活用方法を知っていただくかなければなりません。

目の前の患者だけでなく、まだ薬局を利用したことのない日人にも、薬局をどう活用したいのか、どの薬局なら自身の問題を解決してくれるのか。

今回の私の意見が本日のディスカッションの話題となるだけでなく、日々の皆様の業務や、考え方のエッセンスになればと思います。