

Dr.武藤のミニ動画

Dr.武藤のミニ動画④5

2024年同時改定

～ポスト2025年、高齢者救急をどこで診る？～



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



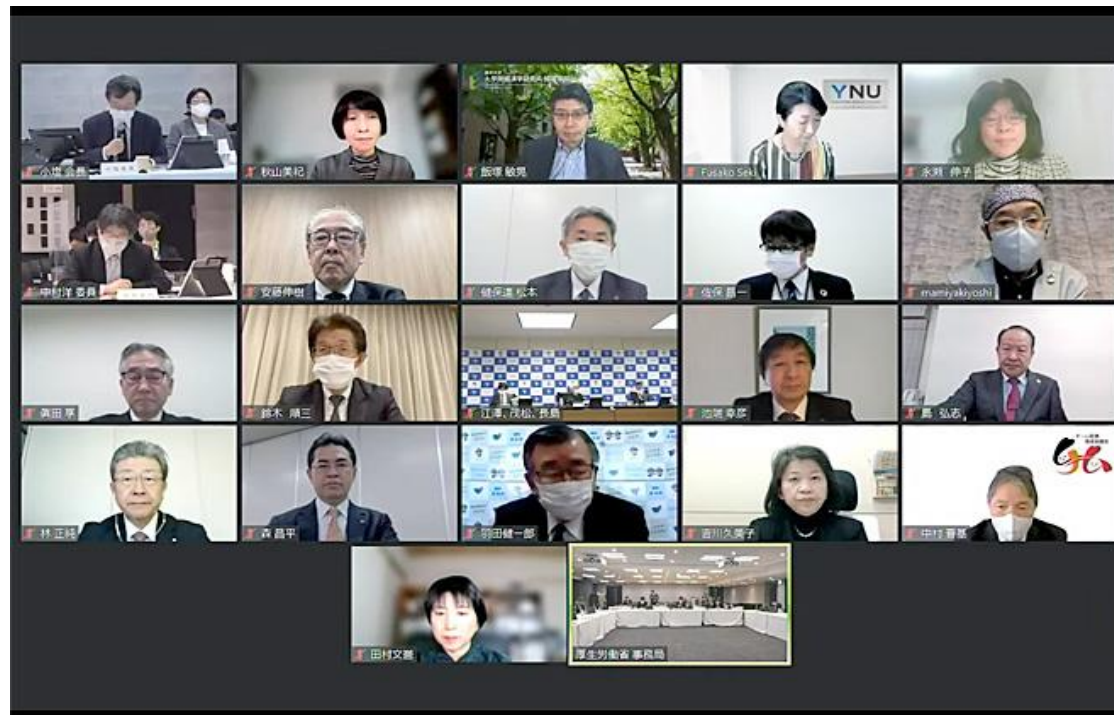
目次

- パート 1
 - 2024年診療報酬改定のポイント
- パート 2
 - 高齢者入院パンデミック
- パート 3
 - 高齢者救急をどこで診る？
- パート 4
 - 地域包括ケア病棟
- パート 5
 - 介護報酬改定
- パート 6
 - 老健の医療ケア強化
- パート 7
 - 在宅医療と急変時対応
- パート 8
 - 診療報酬改定DX



パート1

2024年診療報酬改定のポイント



中医協総会（2023年1月18日）

同時改定のポイント

- ポイント1

- **ポスト2025年を見据えた診療報酬、介護報酬の同時改定であること**

- ポイント2

- 2025年に向けて地域医療構想の取り組みを進めるとともに、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」を目指すこと

- ポイント3

- 第8次医療計画の5疾患・6事業（新興感染症対応が追加）の開始年であること

- ポイント4

- 医師の働き方改革として2024年4月に医師の労働時間上限規制等が設けられること

- ポイント5

- 医療DXの実現に向けて医療DX推進本部で議論が進められていること

- ポイント6

- 「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論が取りまとめられること

- ポイント7

- プログラム医療機器（SaMD）の評価体系を検証し、今後の在り方について検討が求められていること

65歳以上の高齢者の人口推移

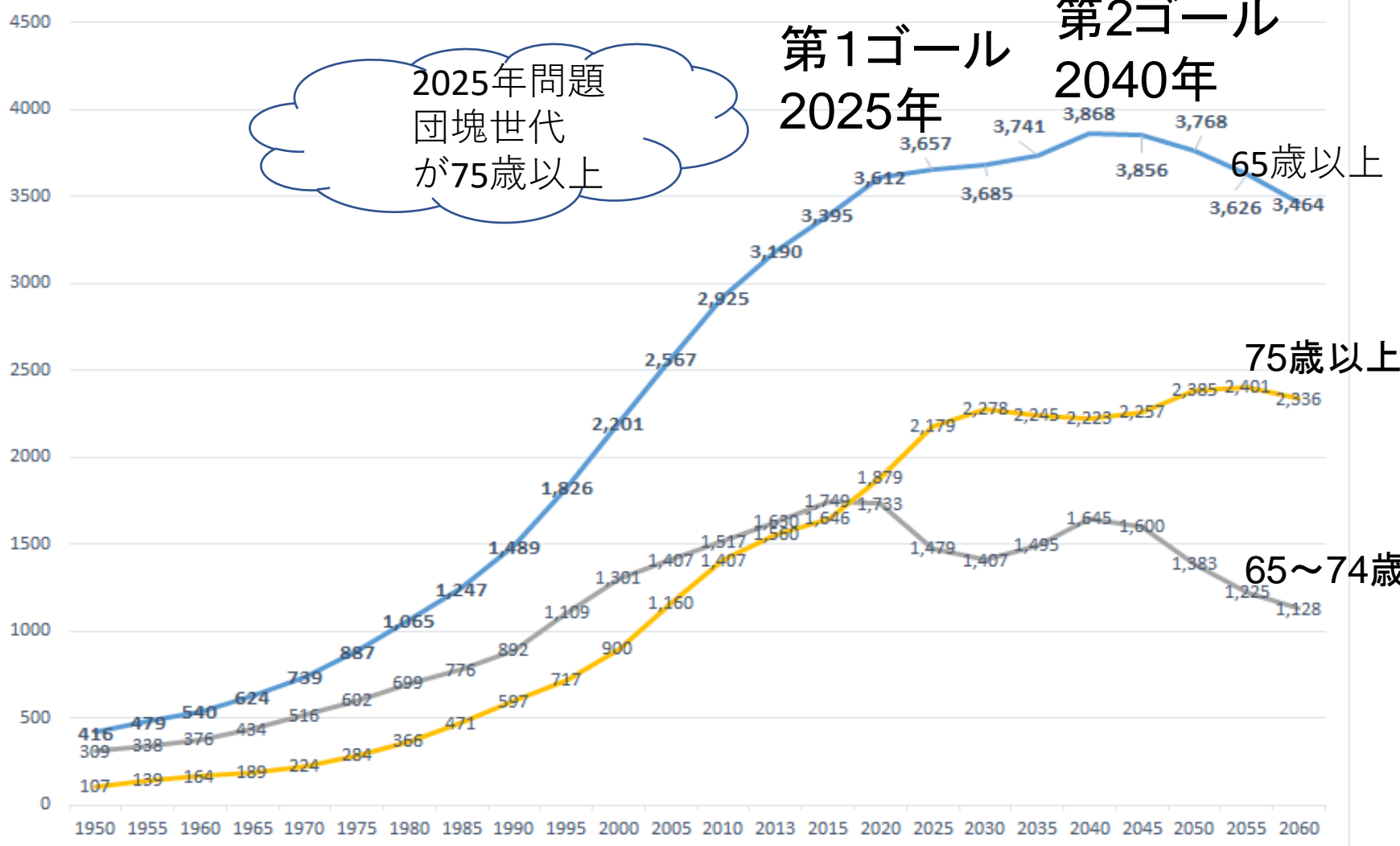
— 65～74歳 — 75歳以上 — 65歳以上(計)

2040年問題
団塊ジュニア
が65歳以上

2025年問題
団塊世代
が75歳以上

第1ゴール
2025年

第2ゴール
2040年

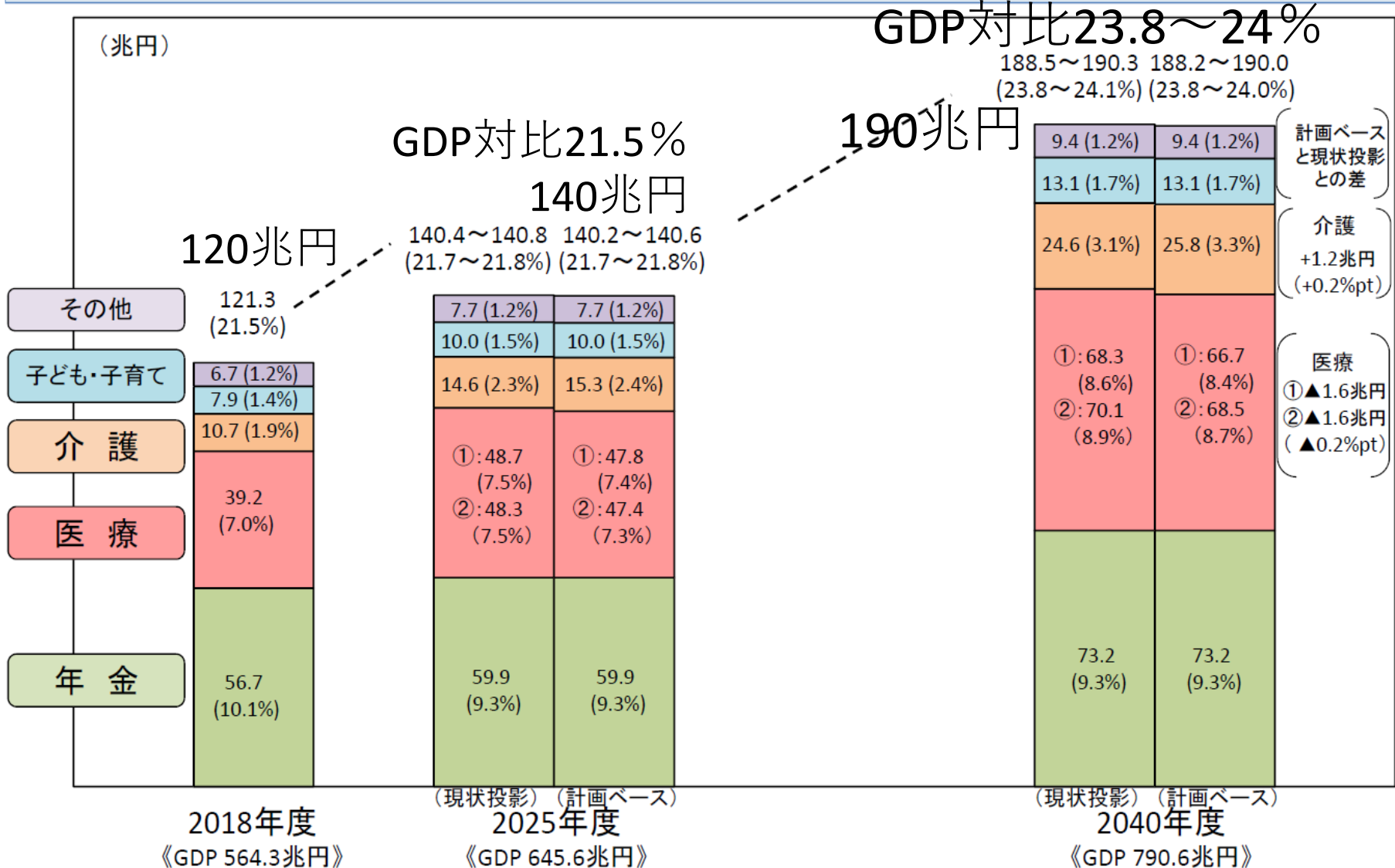


75歳以上

65～74歳

65歳以上

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

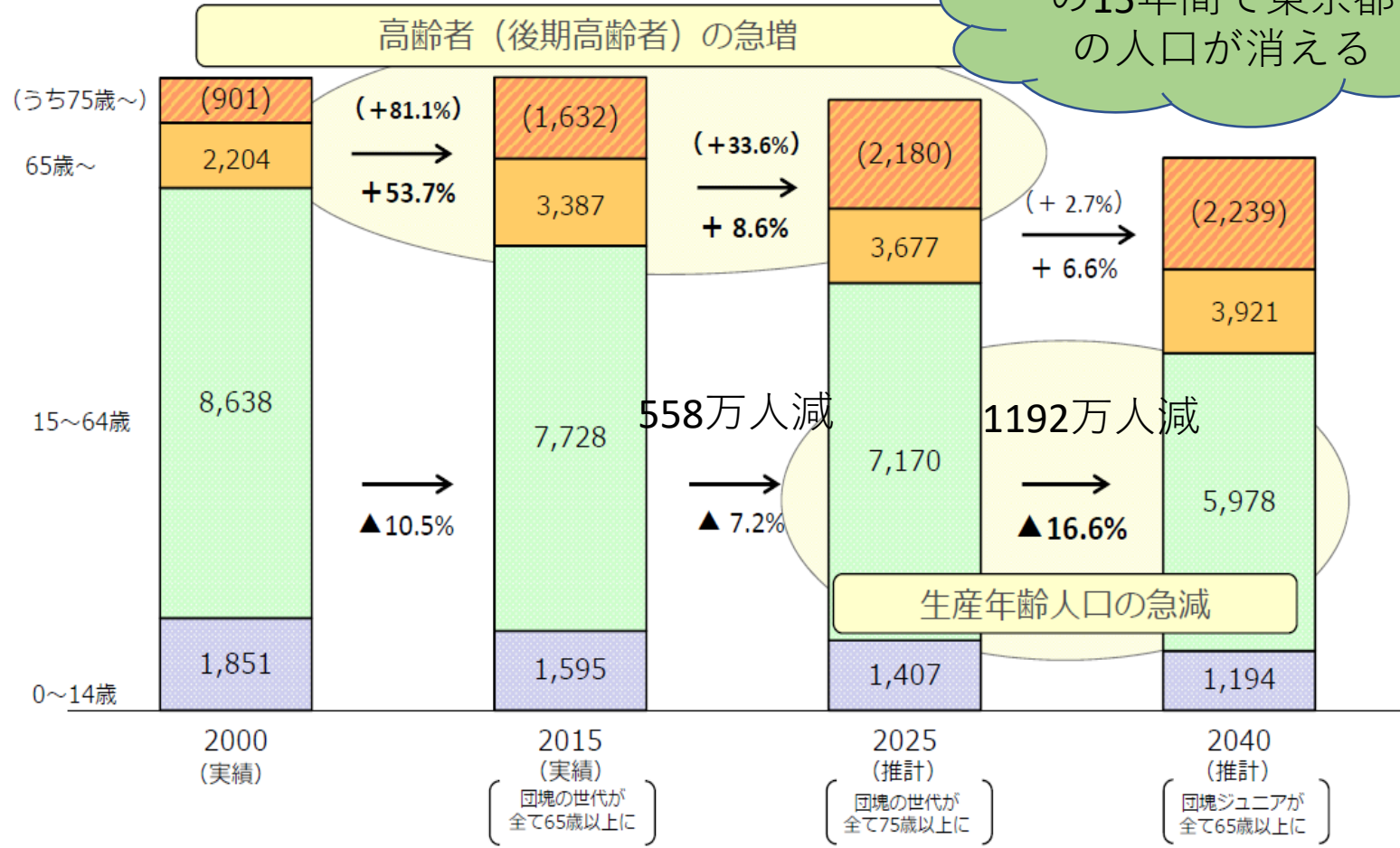
(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

2040年までの人口構造の変化

○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口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。

【人口構造の変化】

2025年から2040年の15年間で東京都の人口が消える



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

パート 2

高齢者入院パンデミック



2025年
団塊の世代
700万人が後
期高齢者へ

急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

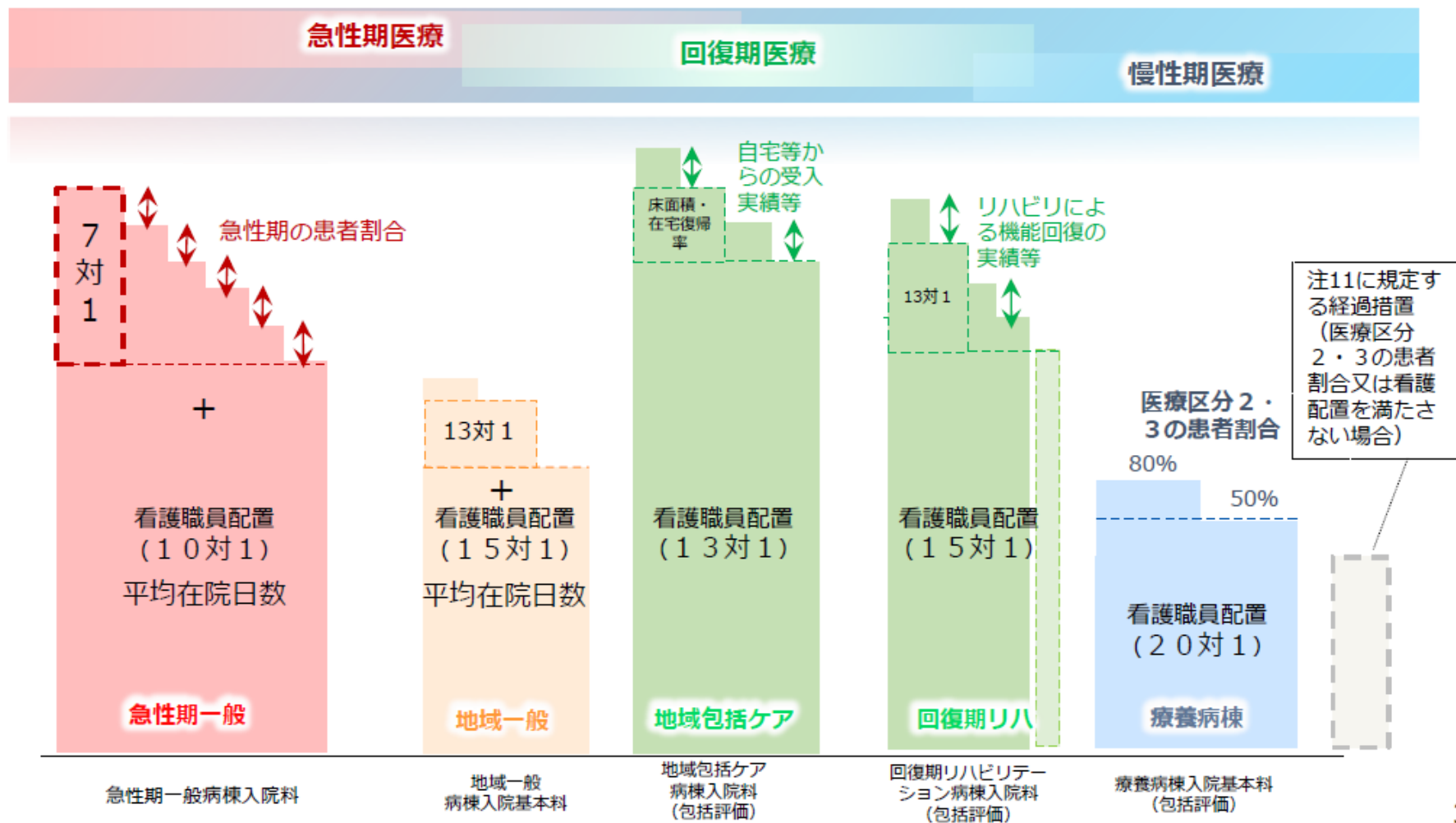


後期高齢者
入院パンデ
ミック

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

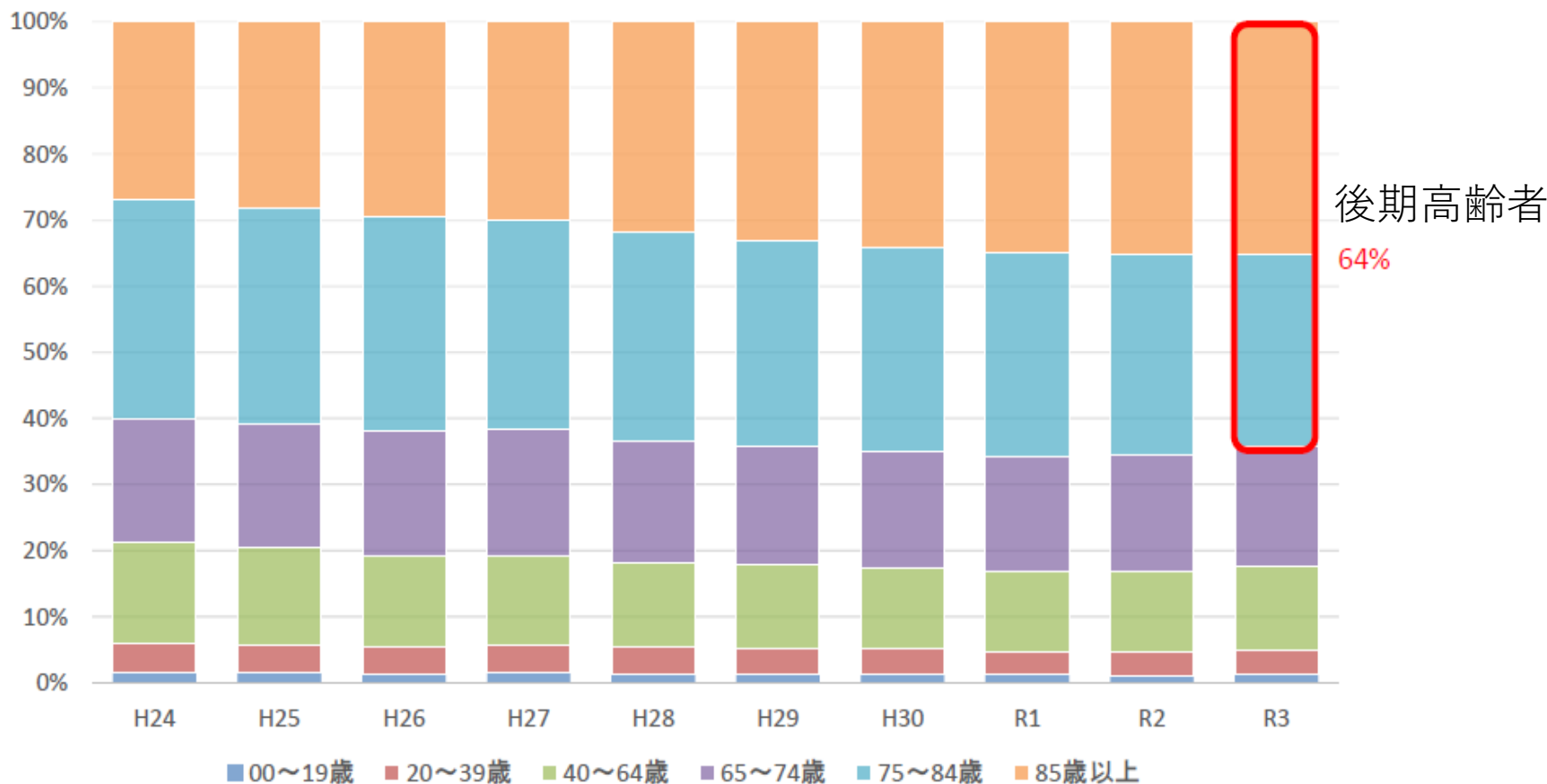
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

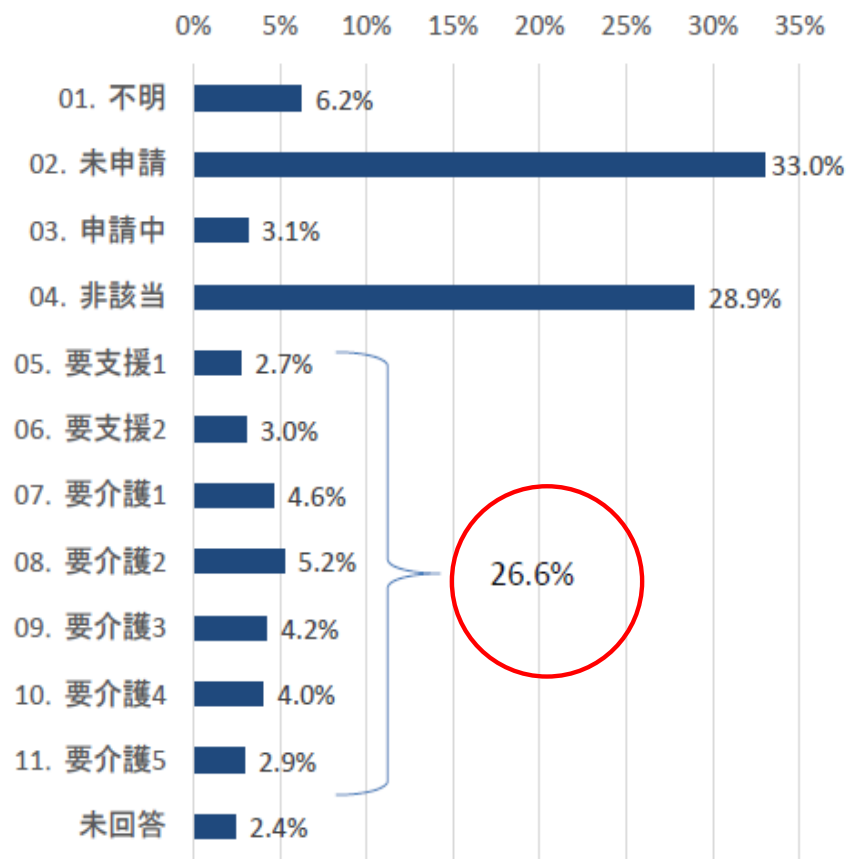
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



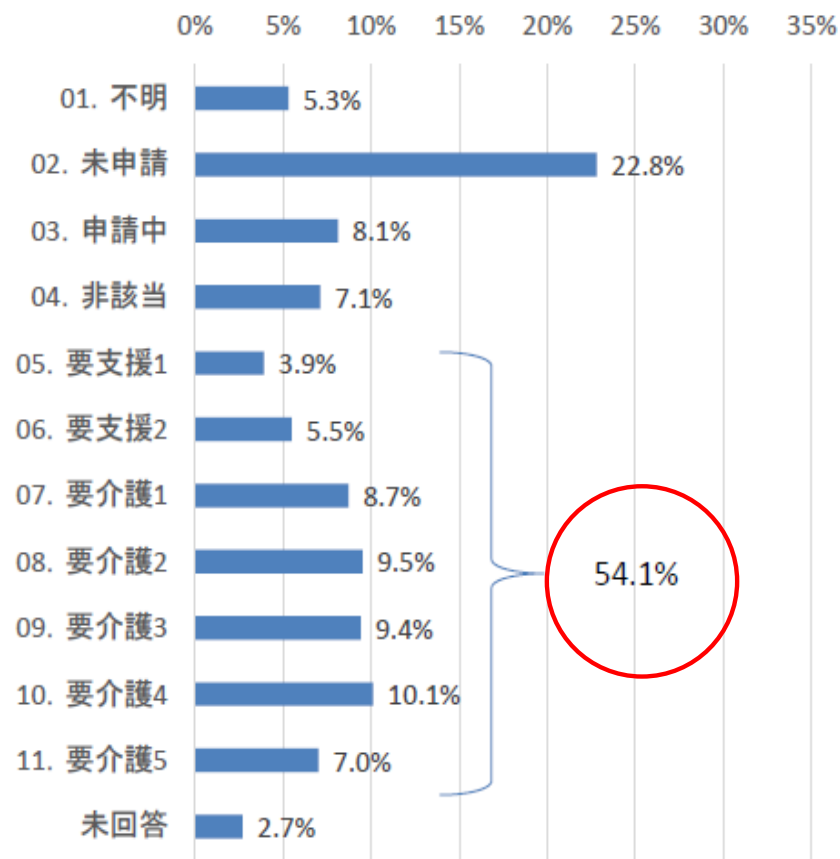
入院患者に占める要介護者等の割合

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

■急性期一般入院料等



■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



急性期病棟で 悪化する高齢者のADL

急性期病棟における
リハビリの必要性

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56:842-847.

医療機関の常勤職員・非常勤職員の合計数について

- 一施設100床あたりの職員数の配置状況は以下の通り。
- 急性期一般における病床あたりのリハ専門職は、回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟より少ない。

100床あたりの常勤職員・非常勤職員の合計数(常勤換算、平均)(令和3年6月1日時点)

	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2～3	急性期一般入院料4～7	回復期リハ病棟 又は地ケア病棟
①医師	28.1	16.7	13.4	11.3
②歯科医師	0.5	0.4	0.2	0.1
③看護師	102.9	69.7	62.0	57.5
④准看護師	1.5	4.3	7.2	6.3
⑤看護補助者	9.4	9.0	13.8	16.3
（うち）介護福祉士	1.2	1.5	2.9	5.5
⑥薬剤師	6.0	4.3	3.7	3.3
⑦管理栄養士	1.9	1.9	2.0	2.0
⑧理学療法士	5.8	6.3	9.0	14.0
⑨作業療法士	2.5	3.2	3.6	7.1
⑩言語聴覚士	1.3	1.4	1.4	2.7
⑪公認心理師	0.3	0.2	0.2	0.1
⑫診療放射線技師	5.8	4.8	4.2	3.5
⑬臨床検査技師	7.6	5.4	4.7	3.9
⑭臨床工学技士	3.3	2.6	2.2	1.5
⑮歯科衛生士	0.6	0.6	0.4	0.4
⑯相談員	1.7	1.8	1.8	2.5
（うち）社会福祉士	1.4	1.5	1.4	2.1
（うち）精神保健福祉士	0.2	0.2	0.2	0.1
⑰医師事務作業補助者	5.4	3.4	3.1	2.2
⑱事務職員	19.7	16.8	19.5	16.8
⑲その他の職員	6.8	5.3	8.8	7.3

※ 各入院基本料等を届出ている医療機関

ポスト2025年 団塊世代の後期高齢者で 急性期病床入院パンデミック

急性期病床の7~8割が後
期高齢者で埋め尽くされ
る時代がくる
パンデミックは20年続く



パート3 高齢者救急をどこで診る？

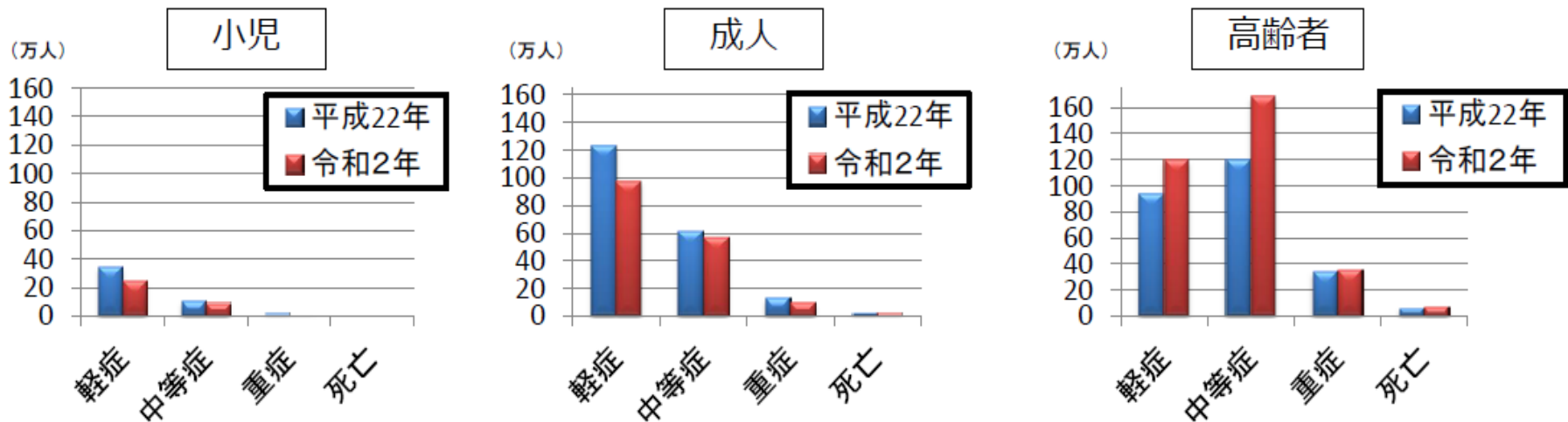


高齢者の救急搬送は 誤嚥性肺炎と尿路感染



10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

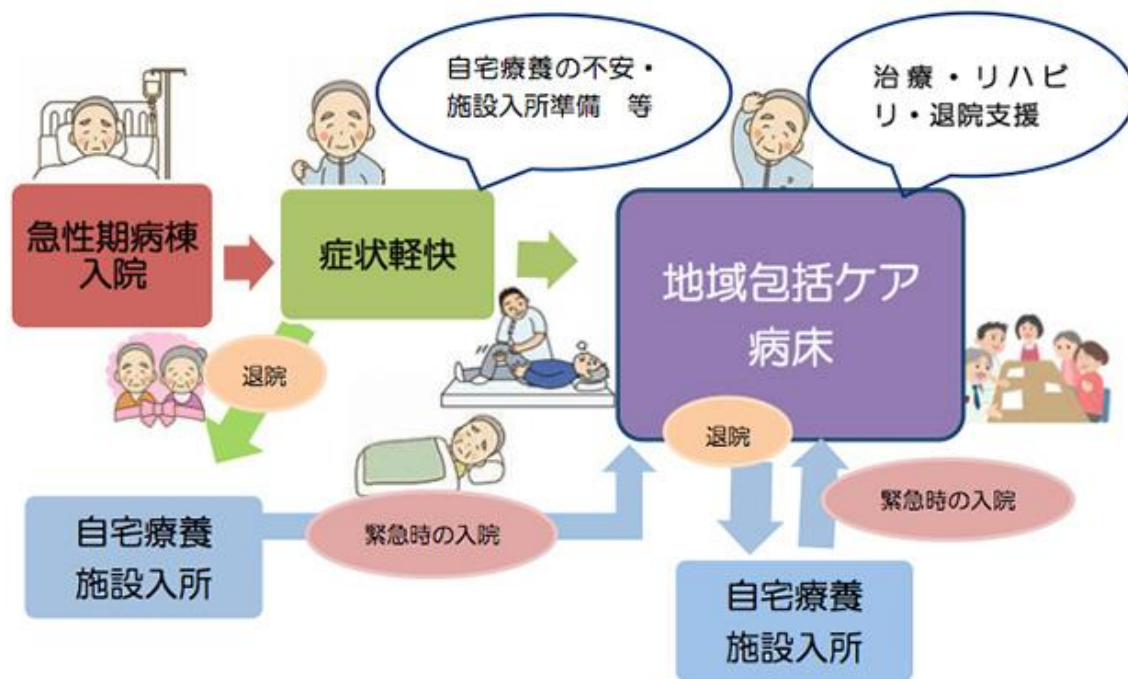
介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

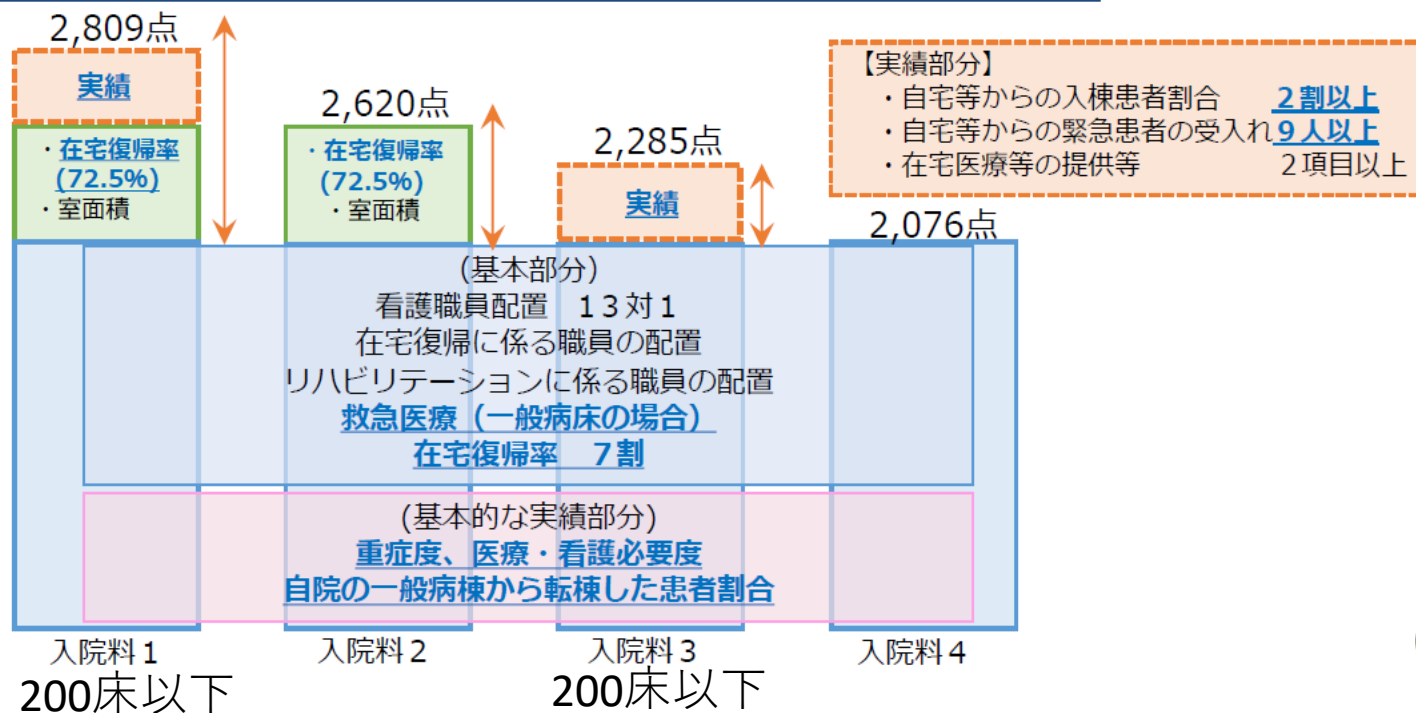
NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	10,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	7,754	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	5,754	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	5,254	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	4,754	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	4,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	3,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

パート4 地域包括ケア病棟



地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て(n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後
(外来の初再診後)(n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

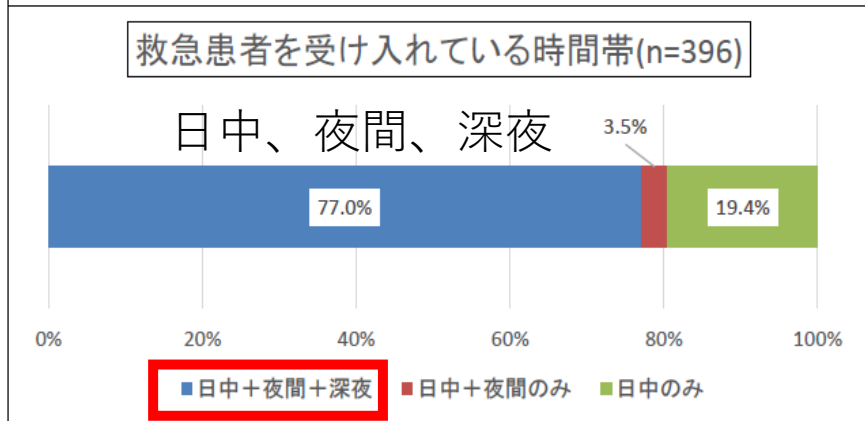
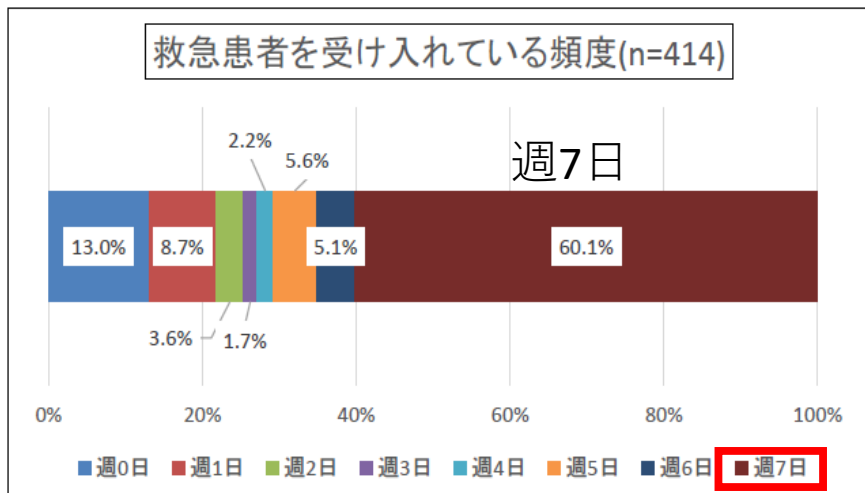
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

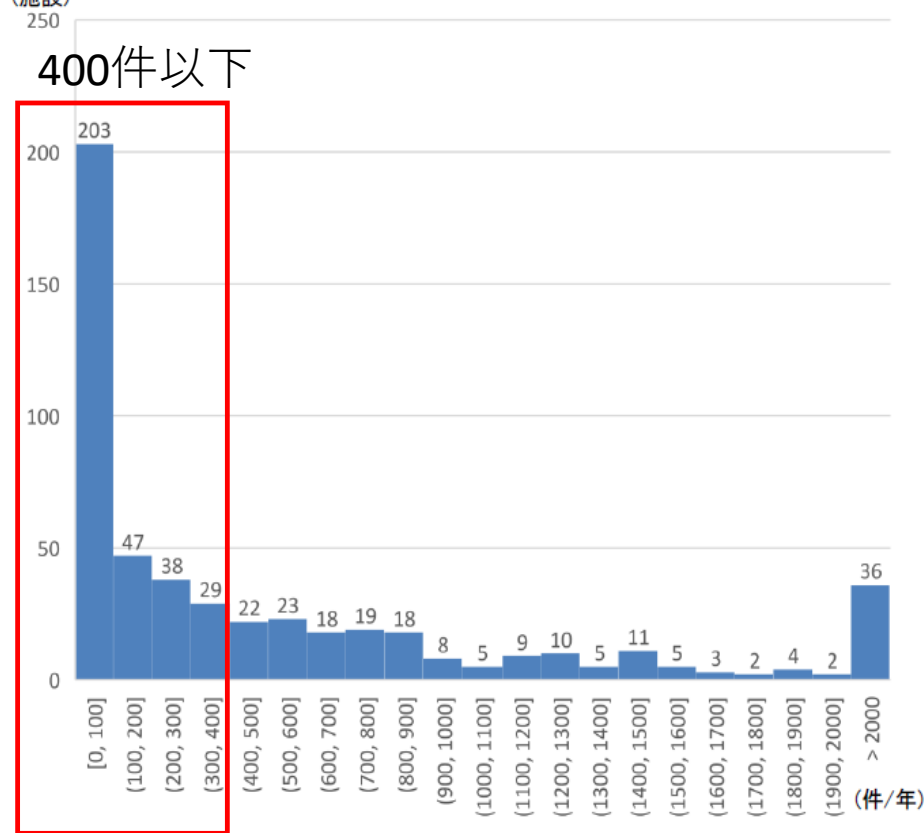
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。



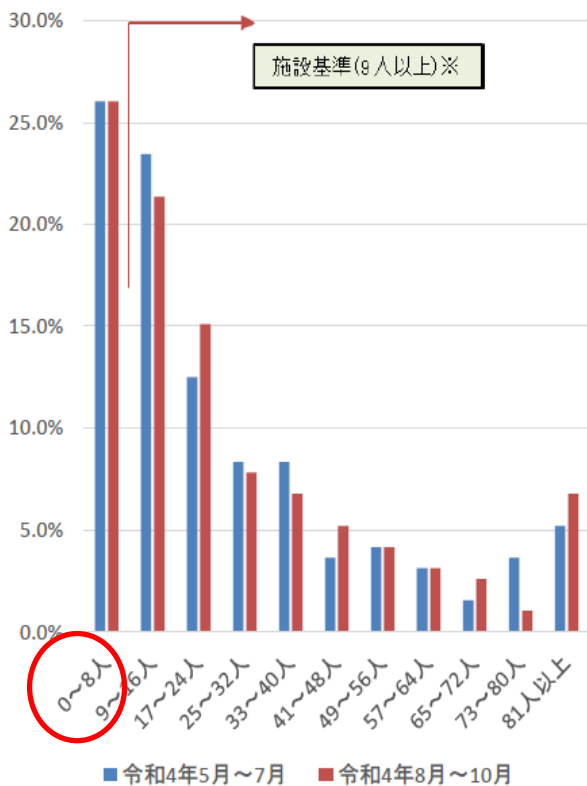
地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



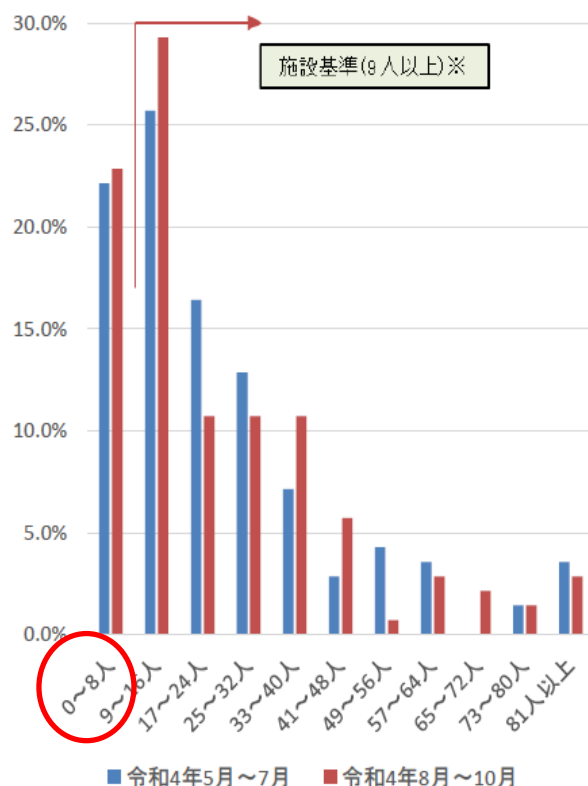
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

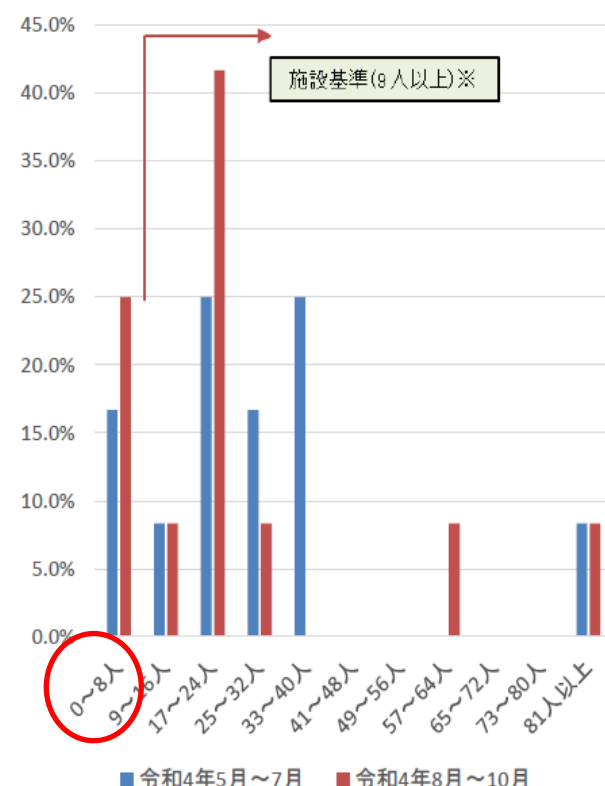
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2 (n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4 (n=12)



※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

地域包括ケア病棟の 救急の受け入れ



受け入れたくない

受け入れるべき

地域包括ケア病棟への救急患者の直接入院

- 医療・看護の必要性が高く、医療資源投入量が多い点を踏まえ、報酬上のインセンティブを設けるべき（井川委員）
- 現行の在宅患者支援病床初期加算の要件を見直して、受け入れ体制の整備、受け入れの促進を図ってはどうか（武井委員）
- 比較的重症の患者に適切な対応をするには看護加配などが必要となる。また三次救急に高齢患者が搬送等されれば生活状況把握などが困難になることから、地域包括ケア病棟などへの下り搬送が重要。これを評価しては（津留委員）

パート5 介護報酬改定



介護事業経営概況調査

介護報酬改定**2021年**と
前年**2020年**の比較

令和4年度介護事業経営概況調査結果の概要 (案)

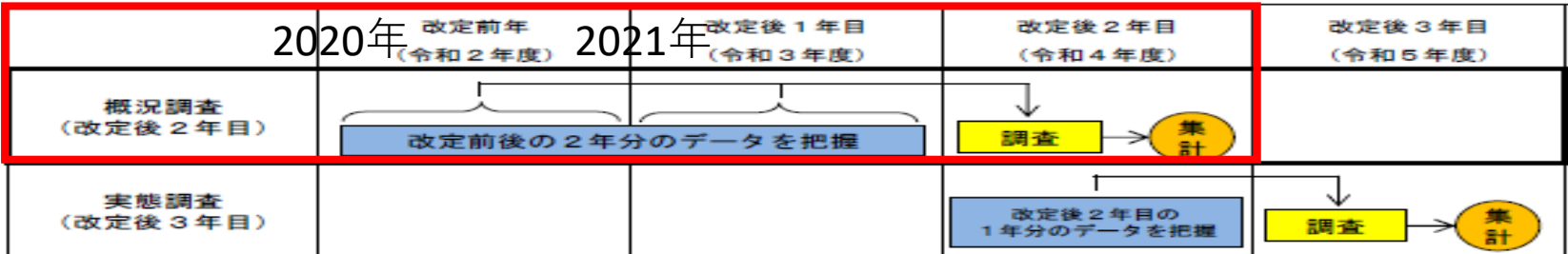
- 調査の目的
各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。
- 調査時期
令和4年5月 (令和2年度決算及び令和3年度決算を調査)
- 調査対象等
 - ・ 調査対象 全ての介護保険サービス
 - ・ 抽出方法 調査対象サービスごとに、層化無作為抽出法により 1 / 1 ~ 1 / 25で抽出
 - ・ 調査客体数 調査客体数：16,830施設・事業所
有効回答数：8,123施設・事業所 (有効回答率：48.3%)
 - ・ 調査項目 サービス提供の状況、居室・設備等の状況、職員配置・給与、収入の状況、支出の状況 等

介護事業経営概況調査と介護事業経営実態調査の比較

	介護事業経営概況調査	介護事業経営実態調査
調査の目的	各サービス施設・事業所の経営状態を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。	
調査対象	全ての介護保険サービス (介護保険施設、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所)	
調査の周期	3年周期	
調査時期	改定後2年目の5月 (今回調査：令和4年5月)	改定後3年目の5月 (前回調査：令和2年5月)
調査対象期間	改定前後の2年分の収支状況	改定後2年目の1年分の収支状況
調査の方法	郵送+電子調査	
調査客体数	16,830 (令和4年度調査)	31,773 (令和2年度調査)
有効回答数	8,123 (令和4年度調査)	14,376 (令和2年度調査)
有効回答率	48.3% (令和4年度調査)	45.2% (令和2年度調査)



調査対象期間等 (イメージ)



各介護サービスにおける収支差率

※括弧なしは、税引前収支差率(コロナ補助金を含む)
 < >内は、税引前収支差率(コロナ補助金を含まない)
 ()内は、税引後収支差率(コロナ補助金を含む)

コロナ下の2年間の
 決算比較でプラスに
 なったのは
 福祉用具貸与、居宅
 介護支援、夜間対応
 訪問介護のみ

サービスの種類	令和4年度概況調査			サービスの種類	令和4年度概況調査		
	令和2年度 決算	令和3年度 決算	対2年度 増減		令和2年度 決算	令和3年度 決算	対2年度 増減
2020年2021年 施設サービス				福祉用具貸与	1.5%	3.4%	+1.9%
	<1.4%	<3.4%	<+2.0%		(0.5%)	(2.6%)	(+2.1%)
介護老人福祉施設	1.6%	1.3%	△0.3%	居宅介護支援	2.5%	4.0%	+1.5%
	<1.2%	<1.2%	<0.0%		<1.9%	<3.7%	<+1.8%
	(1.6%)	(1.3%)	(△0.3%)		(1.8%)	(3.1%)	(+1.3%)
介護老人保健施設	2.8%	1.9%	△0.9%	地域密着型サービス			
	<2.1%	<1.5%	<△0.6%				
	(2.5%)	(1.3%)	(△1.2%)				
介護療養型医療施設※	9.7%	0.6%	△9.1%	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	8.4%	8.2%	△0.2%
	<9.0%	<△0.4%	<△9.4%		<8.1%	<8.1%	<0.0%
	(9.1%)	(△0.2%)	(△9.3%)		(7.7%)	(7.8%)	(+0.1%)
介護医療院	7.0%	5.8%	△1.2%	夜間対応型訪問介護※	△8.6%	3.8%	+12.4%
	<6.2%	<5.2%	<△1.0%		<△9.0%	<3.8%	<+12.8%
	(6.5%)	(5.3%)	(△1.2%)		(△8.9%)	(3.3%)	(+12.2%)
居宅サービス				地域密着型通所介護	4.0%	3.4%	△0.6%
	<3.5%	<3.1%	<△0.4%		(3.7%)	(3.1%)	(△0.6%)
訪問介護	6.9%	6.1%	△0.8%	認知症対応型通所介護	9.3%	4.4%	△4.9%
	<6.3%	<5.8%	<△0.5%		<8.8%	<4.3%	<△4.5%
	(6.4%)	(5.5%)	(△0.9%)		(9.1%)	(4.3%)	(△4.8%)

訪問入浴介護	6.4% <6.1%> (4.7%)	3.7% <3.6%> (2.5%)	△2.7% <△2.5%> (△2.2%)	小規模多機能型居宅介護	4.1% <3.8%> (4.1%)	4.7% <4.6%> (4.5%)	+0.6% <+0.8%> (+0.4%)
訪問看護	9.5% <9.0%> (9.1%)	7.6% <7.2%> (7.1%)	△1.9% <△1.8%> (△2.0%)	認知症対応型共同生活介護	5.8% <5.5%> (5.5%)	4.9% <4.8%> (4.6%)	△0.9% <△0.7%> (△0.9%)
訪問リハビリテーション	0.0% <△1.1%> (△0.4%)	0.6% <△0.4%> (0.2%)	+0.6% <+0.7%> (+0.6%)	地域密着型特定施設入居者生活介護	3.7% <3.3%> (3.2%)	3.0% <2.8%> (2.6%)	△0.7% <△0.5%> (△0.6%)
通所介護	3.8% <3.2%> (3.5%)	1.0% <0.7%> (0.7%)	△2.8% <△2.5%> (△2.8%)	地域密着型介護老人福祉施設	1.1% <0.7%> (1.1%)	1.2% <1.1%> (1.2%)	+0.1% <+0.4%> (+0.1%)
通所リハビリテーション	1.6% <0.9%> (1.3%)	0.5% <△0.3%> (0.2%)	△1.1% <△1.2%> (△1.1%)	看護小規模多機能型居宅介護	5.2% <4.9%> (4.9%)	4.6% <4.4%> (4.2%)	△0.6% <△0.5%> (△0.7%)
短期入所生活介護	5.4% <4.9%> (5.3%)	3.3% <3.2%> (3.3%)	△2.1% <△1.7%> (△2.0%)	全サービス平均	3.9% <3.4%> (3.5%)	3.0% <2.8%> (2.6%)	△0.9% <△0.6%> (△0.9%)
特定施設入居者生活介護	4.6% <4.4%> (3.6%)	4.0% <3.9%> (3.1%)	△0.6% <△0.5%> (△0.5%)				

収支差率 = (介護サービスの収益額 - 介護サービスの費用額) / 介護サービスの収益額

・ 介護サービスの収益額は、介護事業収益と借入金利息補助金収益の合計額

※ 介護事業収益は、介護報酬による収入（利用者負担分含む）、保険外利用料収入、補助金収入（の合計額

※ 「コロナ補助金を含まない」については、上記の介護事業収益の計算のうち、補助金収入から当該補助金を除く

・ 介護サービスの費用額は、介護事業費用、借入金利息及び本部費繰入（本部経費）の合計額

注1：サービス名に「※」のあるサービスについては、集計施設・事業所数が少なく、集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

注2：全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値である。

コロナ下の2年間の
決算比較でプラスに
なったのは
小多機、地域密着型
介護老人福祉施設
のみ

各介護サービスの収支差率及び給与費割合（過去の調査結果との比較）

※令和2年度決算・令和3年度決算の括弧なしは、税引前収支差率(コロナ補助金を含む)
 令和2年度決算・令和3年度決算の()内は、税引前収支差率(コロナ補助金を含まない)
 令和2年度決算・令和3年度決算の()内は、税引後収支差率(コロナ補助金を含む)

収入に対する給与費割合が軒並み上がっている

	令和2年度実績調査		令和4年度概況調査					
	令和元年度決算		令和2年度決算		令和3年度決算			
	収支差率 ()内は税引後	収入に対する 給与費の割合	収支差率	収入に対する 給与費の割合	収支差率	対2年度 増減	収入に対する 給与費の割合	対2年度 増減
施設サービス								
1	1.6%	63.6%	1.6%	63.9%	1.3%	△0.3%	64.2%	+0.3%
	(1.6%)		<1.2%	<64.1%	<1.2%	<0.0%	<64.3%	<+0.2%
2	2.4%	61.7%	2.6%	61.4%	1.9%	△0.9%	62.0%	+0.6%
	(2.2%)		<2.1%	<61.8%	<1.5%	<△0.6%	<62.2%	<+0.4%
3	2.8%	60.9%	※ 9.7%	55.6%	※ 0.6%	△9.1%	61.0%	+5.4%
	(2.3%)		※ <9.0%	<56.0%	※ <△0.4%	<△9.4%	<61.6%	<+5.6%
			※ (9.1%)		※ (△0.2%)	(△9.3%)		
4	※ 5.2%	59.4%	7.0%	58.4%	5.8%	△1.2%	59.4%	+1.0%
			<6.2%	<58.9%	<5.2%	<△1.0%	<59.8%	<+0.9%
	※ (4.7%)		(6.5%)		(5.3%)	(△1.2%)		
居宅サービス								
5	2.6%	77.6%	6.9%	72.4%	6.1%	△0.8%	73.1%	+0.7%
	(2.3%)		<6.3%	<72.9%	<5.8%	<△0.5%	<73.3%	<+0.4%
			(6.4%)		(5.5%)	(△0.9%)		
6	3.6%	66.0%	6.4%	62.9%	3.7%	△2.7%	64.7%	+1.8%
	(2.7%)		<6.1%	<63.1%	<3.6%	<△2.5%	<64.8%	<+1.7%
			(4.7%)		(2.5%)	(△2.2%)		
7	4.4%	78.0%	9.5%	71.9%	7.6%	△1.9%	73.6%	+1.7%
	(4.2%)		<9.0%	<72.3%	<7.2%	<△1.0%	<73.9%	<+1.6%
			(9.1%)		(7.1%)	(△2.0%)		
8	2.4%	72.3%	0.0%	71.5%	0.6%	+0.6%	71.4%	△0.1%
	(1.9%)		<△1.1%	<72.2%	<△0.4%	<+0.7%	<72.1%	<△0.1%
			(△0.4%)		(0.2%)	(+0.6%)		
9	3.2%	63.8%	3.8%	63.0%	1.0%	△2.8%	64.7%	+1.7%
	(2.9%)		<3.2%	<63.4%	<0.7%	<△2.5%	<64.8%	<+1.4%
			(3.5%)		(0.7%)	(△2.8%)		
10	1.8%	66.7%	1.6%	64.6%	0.5%	△1.1%	65.6%	+1.0%
	(1.4%)		<0.9%	<65.1%	<△0.3%	<△1.2%	<66.1%	<+1.0%
			(1.3%)		(0.2%)	(△1.1%)		

パート6 老健の医療ケアの強化



衣笠ろうけん

老健内での医療

所定疾患施設療養費

- 介護老人保健施設の入所者には肺炎等の疾患が比較的良好に発症しているが、医療機関へ転送する例が多い一方で、肺炎等については一定の薬剤に対する報酬が算定可能であれば、医療機関への転院を減少させられると考える施設が6割以上あった。
- 平成24年度介護報酬改定で、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎などの疾病を発症した場合における介護老人保健施設内での対応について評価を行った。

所定疾患施設療養費 305単位/日

(1月に1回、連続する7日に限る)

○対象となる疾病

- ・ 肺炎
- ・ 尿路感染症
- ・ 带状疱疹(抗ウイルス剤の点滴を必要とする者に限る)

○算定要件

- ・ 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

図1 3カ月間の退所者の退所先の内訳

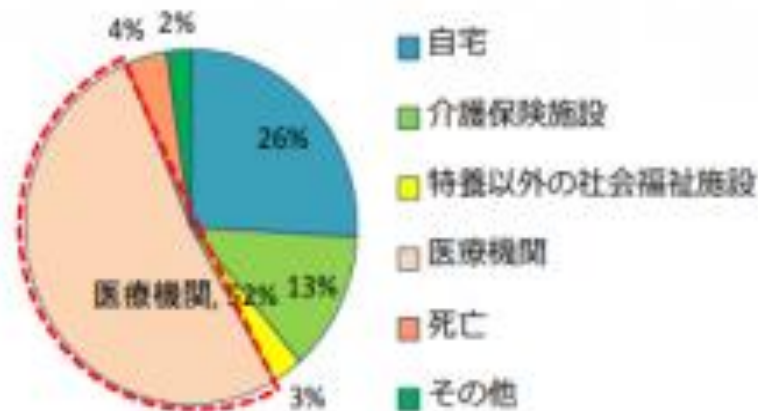
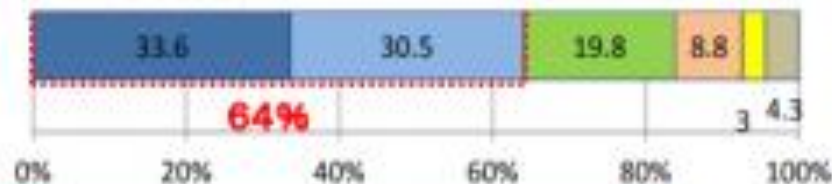


図2 一定の薬剤(肺炎に対する抗生物質等)が算定可能と認められれば、医療機関への転院が減少すると思う施設



- かなりそう思う
- まあそう思う
- どちらともいえない
- あまりそう思わない
- ほとんどそう思わない
- 無回答

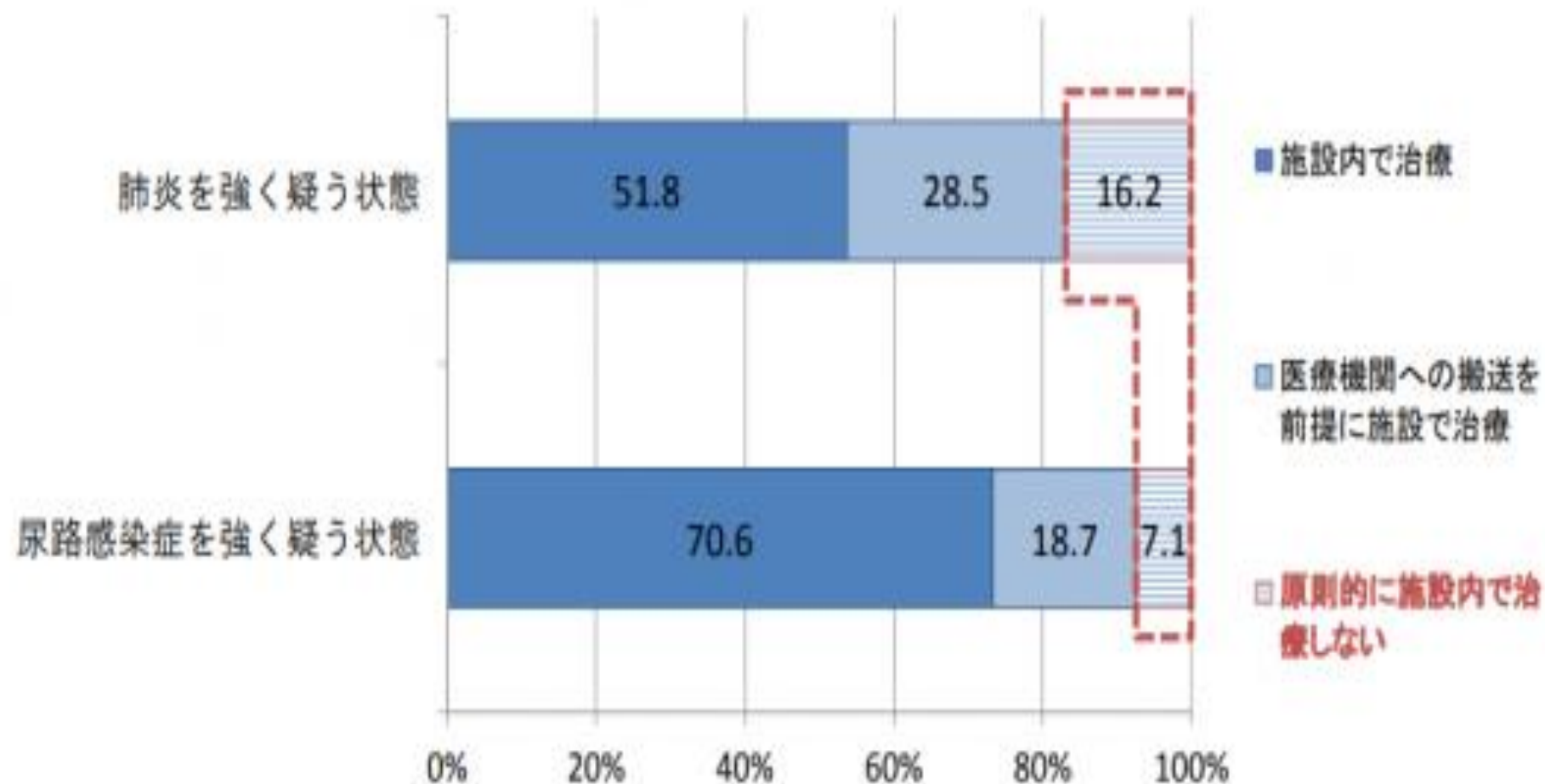
(出典)

図1)「介護サービス情報公表制度」(平成21年度)より老人保健課調べ

図2)平成20年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業」

介護老人保健施設における肺炎・尿路感染症への対応方針

老健全体 (n = 2,245)



21. 介護老人保健施設 ④入所者への医療の提供 (平成30年度介護報酬改定)

概要

- 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価とする。
- 併せて、専門的な診断等のために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮することとする。

単位数

<現行>

所定疾患施設療養費 305単位/日

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (I) 235単位/日

所定疾患施設療養費 (II) 475単位/日 (新設)

算定要件等

<現行>

- ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費 (I)

同左

所定疾患施設療養費 (II)

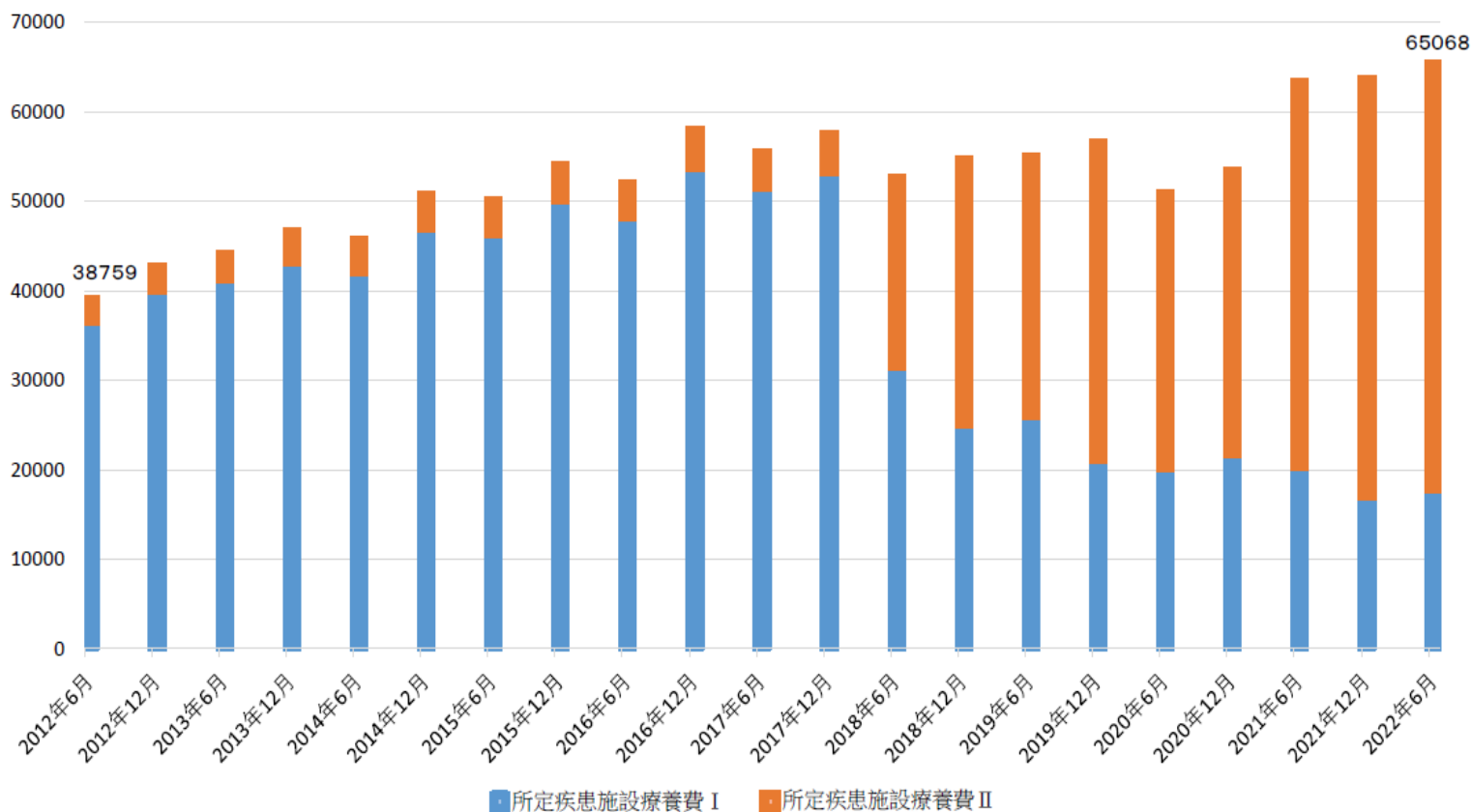
- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。(協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。)
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 介護給付費明細書の摘要欄に診療内容を記載することも必要となる。

所定疾患施設療養費の算定状況

○ 介護老人保健施設における所定疾患施設療養費の算定回数は増加傾向

■ 所定疾患施設療養費の算定状況の推移



出典：介護保険総合データベースを元に老人保健課で集計

介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。

医療
ショート

短期入所療養介護入所

介護老人保健施設

退所

在宅

在宅

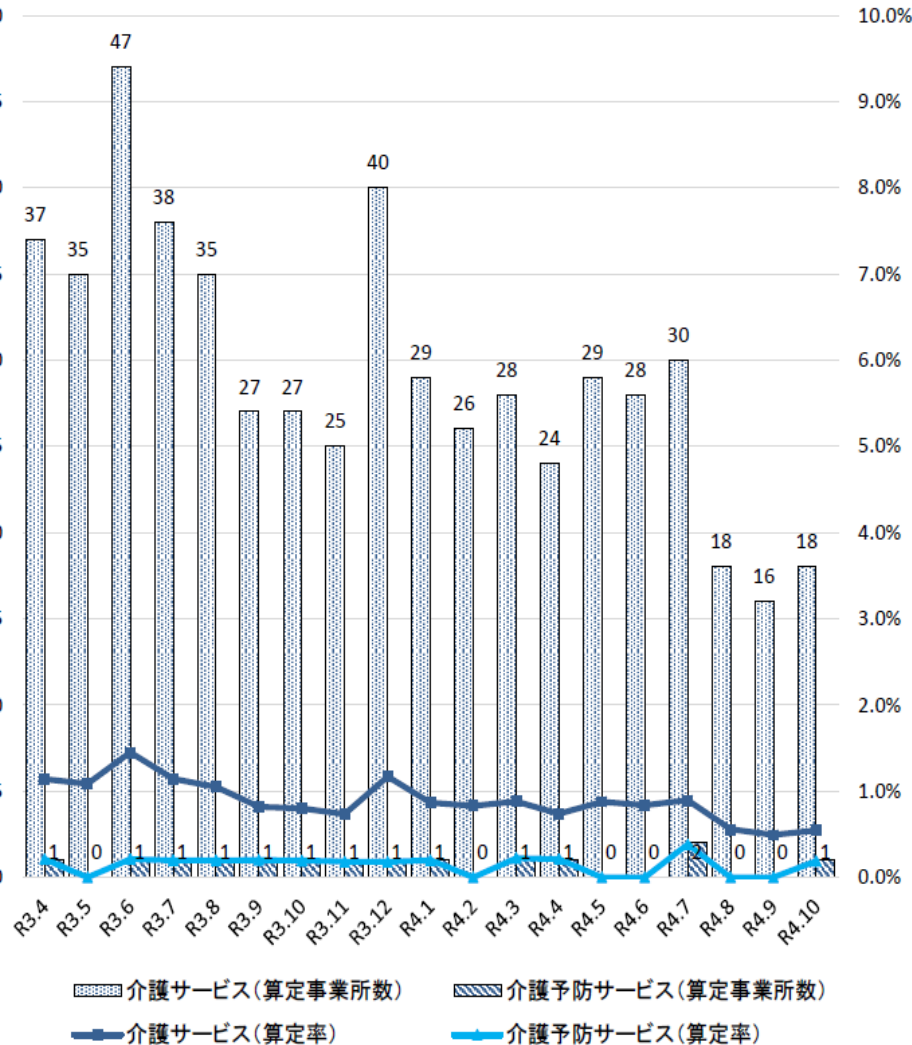
総合医学管理加算 (275単位/日)

- ・ 7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- ・ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- ・ 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- ・ かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

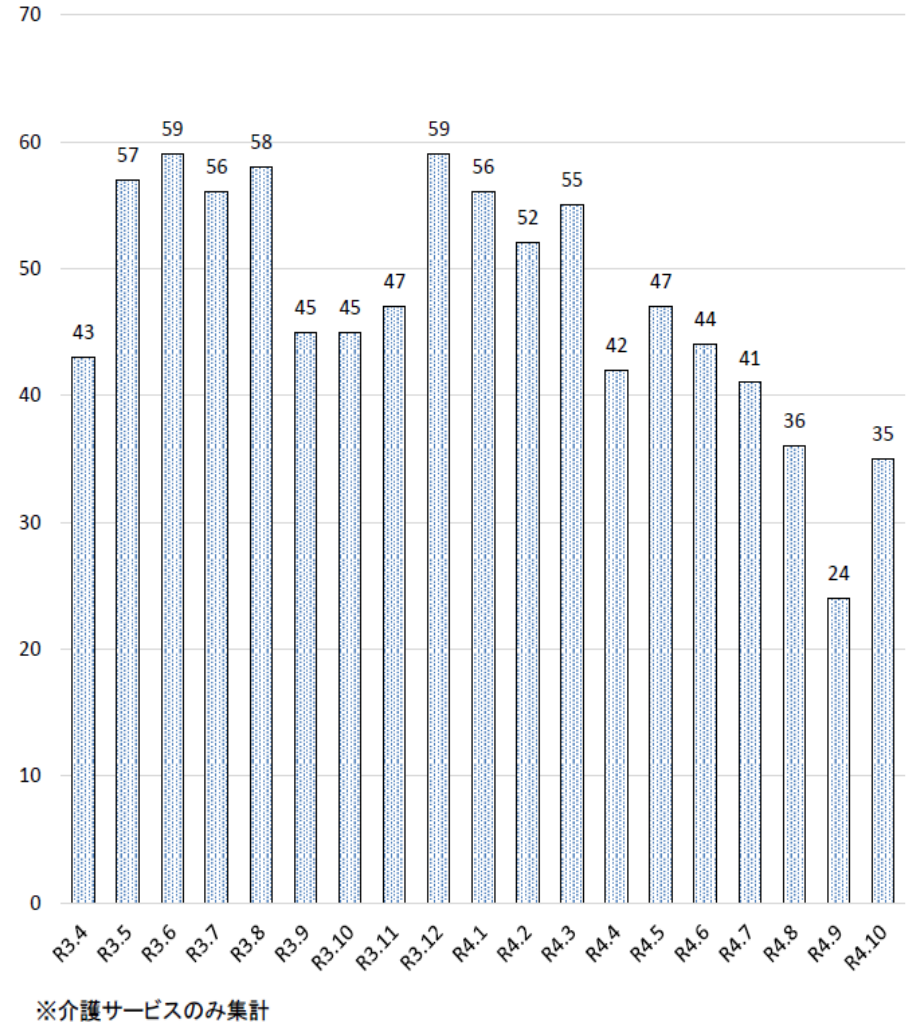
かかりつけ医

総合医学管理加算の算定状況

算定事業所数と事業所割合の推移



算定件数の推移



(注)介護DBから抽出したサービス提供分のデータを老健局において集計したもの。

総合医学管理加算の状況②

- 総合医学管理加算を算定している利用者について、診断名は「肺炎」「認知症」がいずれも12.5%で最も多かった。
- 治療管理や医療的ケアの内容としては「投薬」91.7%が最も多く、次いで「検査（検体検査、画像診断等）」45.8%などとなっていた。

○ 総合医学管理加算を算定した利用者の診断名(複数回答)(n=24)

	全体
肺炎	12.5%
認知症	12.5%
骨粗鬆症	8.3%
尿路感染症	8.3%
脱水症	4.2%
慢性腎不全急性増悪	4.2%
蜂窩織炎	4.2%
高血圧	4.2%
帯状疱疹	4.2%
糖尿病	4.2%
腰痛悪化	4.2%
急性気管支炎	4.2%
右恥骨下肢骨折	4.2%
左下肢深部静脈血栓症	4.2%
肺気腫	4.2%
心不全悪化	4.2%
慢性心不全急性増悪	4.2%
前立腺肥大症(尿路カテーテル留置)	4.2%
圧迫骨折	4.2%
多発性脊髄骨折	4.2%
利用者数	24

○ 総合医学管理加算を算定した利用者に行った治療管理や医療的ケアの内容(複数回答)(n=24)

	全体
投薬	91.7%
検査（検体検査、画像診断等）	45.8%
点滴（脱水症状の管理等を含む）	20.8%
感染症の治療管理	16.7%
その他	41.7%
利用者数	24

2024年同時改定へ向けて



医療介護の意見交換会における委員意見

2024年同時改定へ向けて

• 介護施設における医療機能強化

• 介護施設内での医療機能強化

- 長島公之委員（日本医師会常任理事、中医協委員）や松本真人委員（健康保険組合連合会理事、中医協委員）らは「安易に外部医療機関に頼るよりも、まず施設での医療対応力を高めるべきである。」
- そのうえで、施設の対応範囲を超える場合には、地域の医療機関が連携して医療提供を行う仕組みを構築すべきである
- 「医療施設である介護医療院や老健施設であっても、個々の施設で医療的ケアの程度にはバラつきがあり、その結果「急変時には病院への救急搬送に頼ってしまう」

• 2024年改定

- 老健や介護医療院における高齢者の医療対応力強化が求められる。
- 今後、介護報酬改定を議論する介護給付費分科会で「施設内での医療対応力を強化していくためにどのような方策が考えられるか、それを介護報酬でどう支えていくか」を検討

2024年同時改定へ向けて

•看護配置の強化

- 「看護配置の充実・強化、とりわけ夜間の看護体制の強化を図ってはどうか」（田母神裕美委員：日本看護協会常任理事、介護給付費分科会委員）

•老健における医薬品問題

- 「老健施設では基本的な医薬品費用は基本報酬に包括されているため、高額な医薬品（心疾患治療薬など）を服用する高齢者については受け入れを躊躇してしまうこともあり、見直しを検討すべき」。

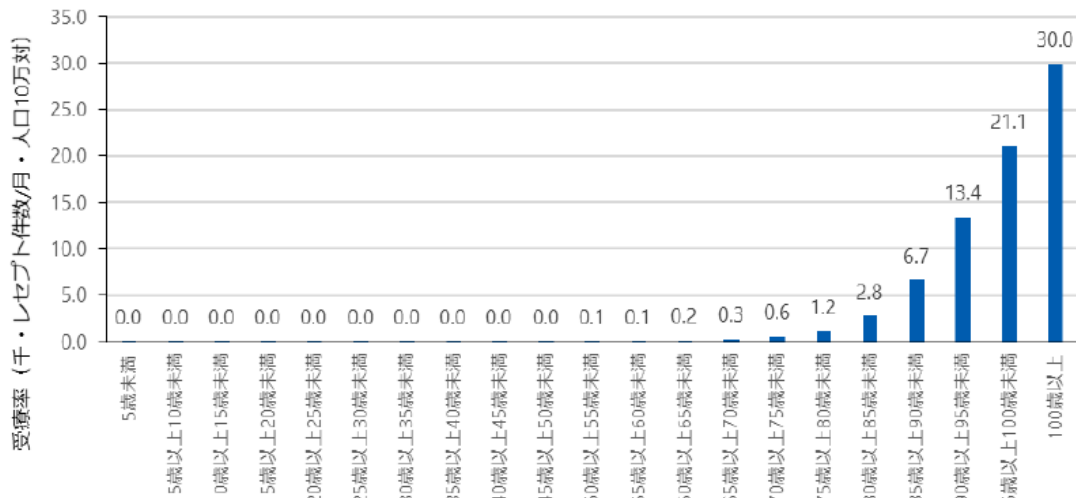
パート7 在宅医療と急変時対応



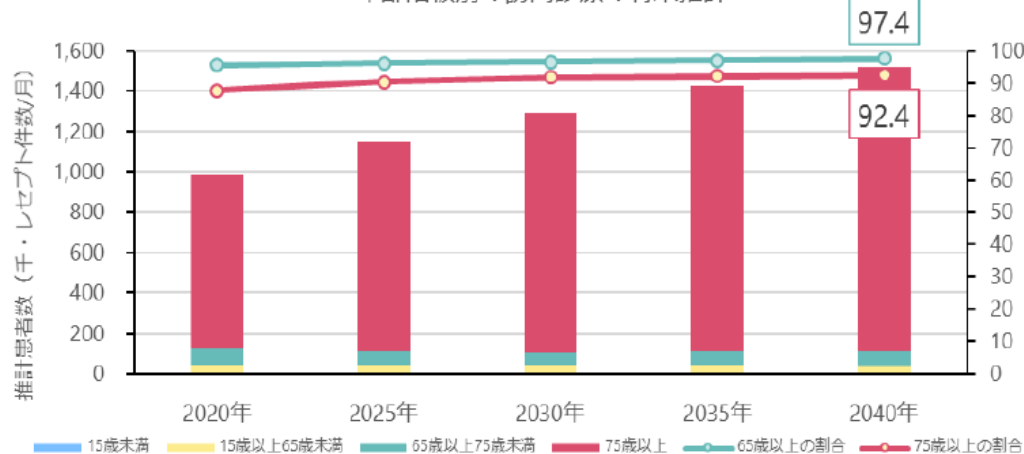
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

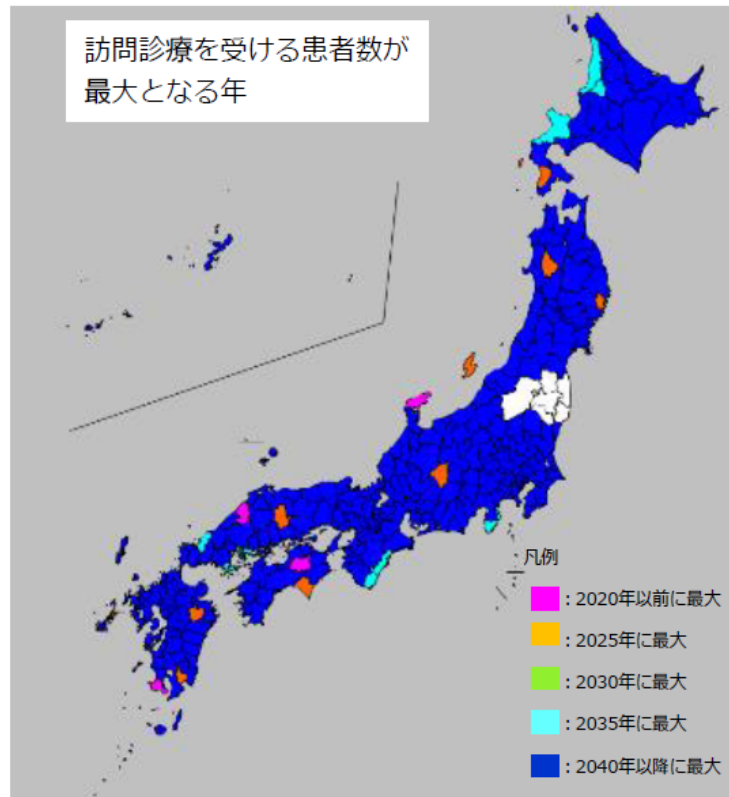
年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



【出典】

受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。

推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。

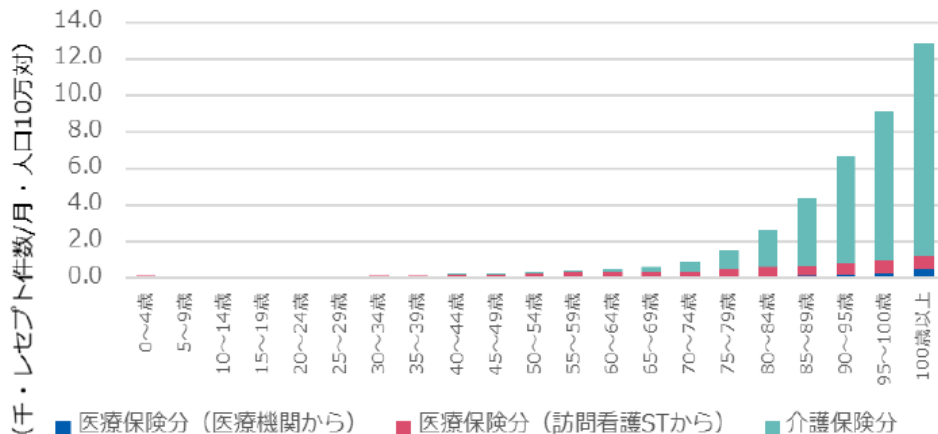
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※3 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年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

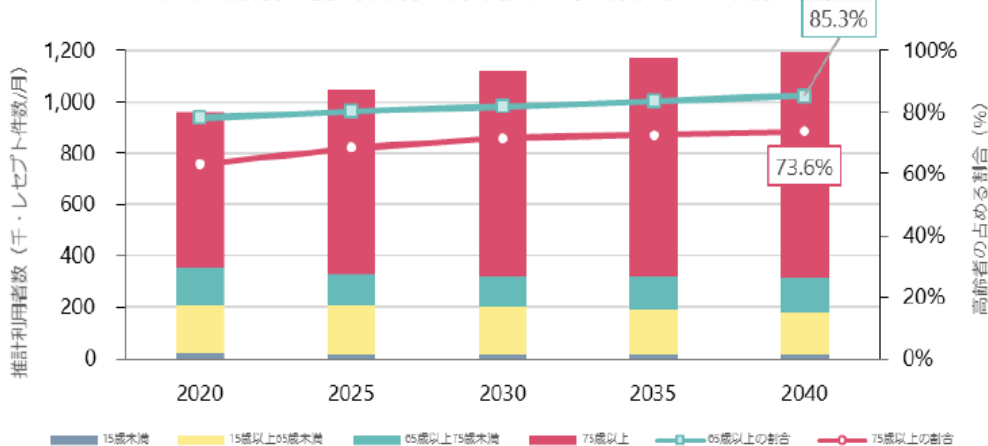
訪問看護の必要量について

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

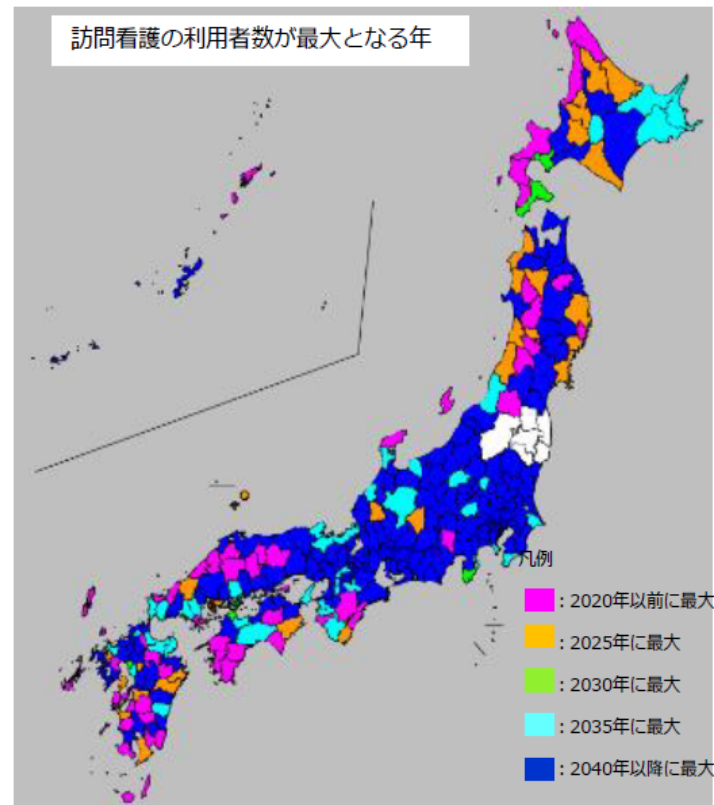
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。

※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。

※3 2019年度における訪問看護または介護予防訪問看護のレセプトを集計。

※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※5 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年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む）・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築等

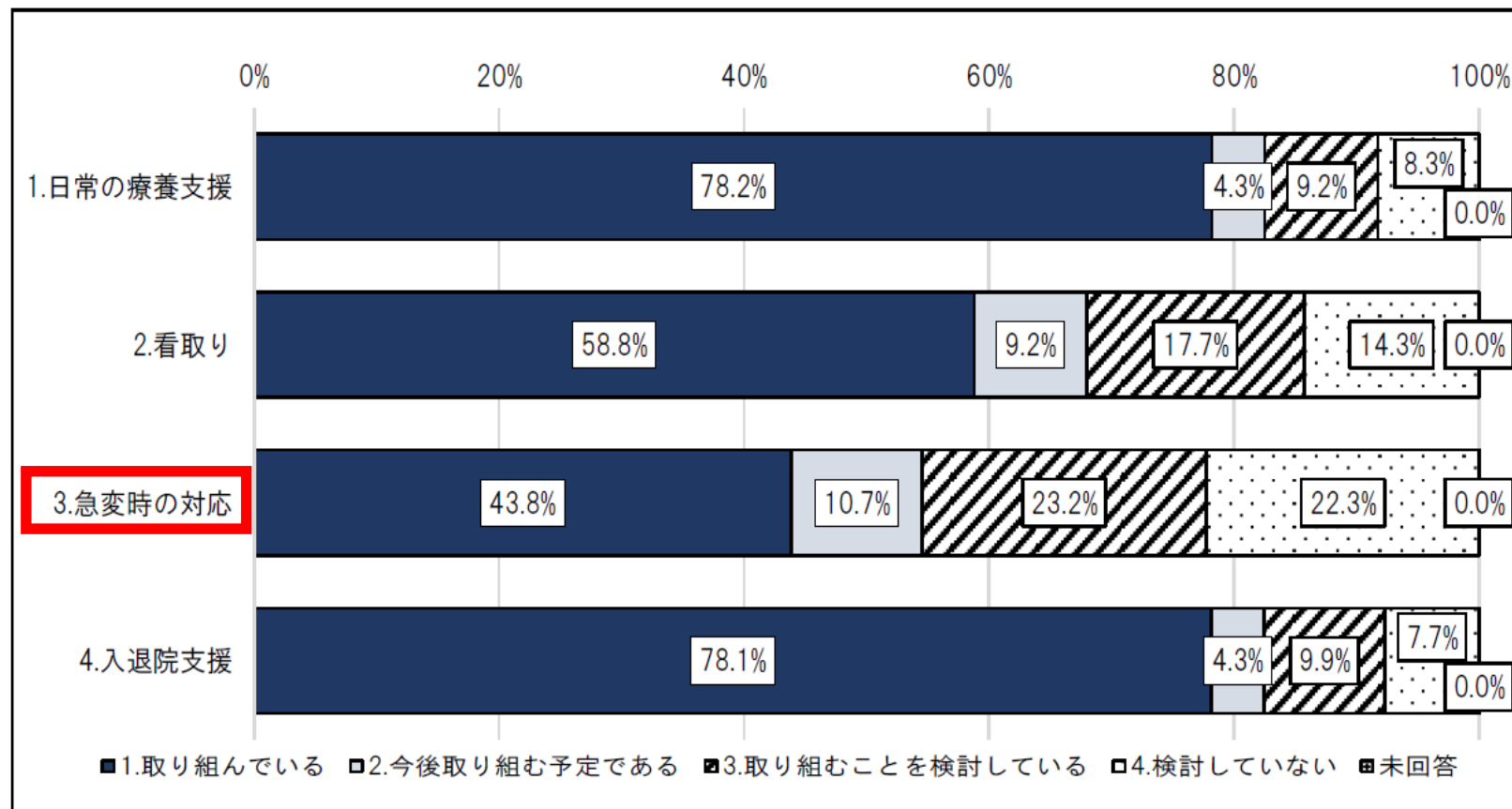
- ・市町村・保健所
- ・医師会等関係団体等

PDCAを踏まえた事業展開の現状① (n=1,741)

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

○ 4つの場面を意識した取組については、「急変時の対応」が43.8%と最も進んでいない状況にある。

○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



急変時の連絡とこまめな往診 で入院を防ぐ



緊急時の対応と連絡先をリストにして貼っておきましょう。
介護に携わる全員でリスト確認しあうようにしてください。

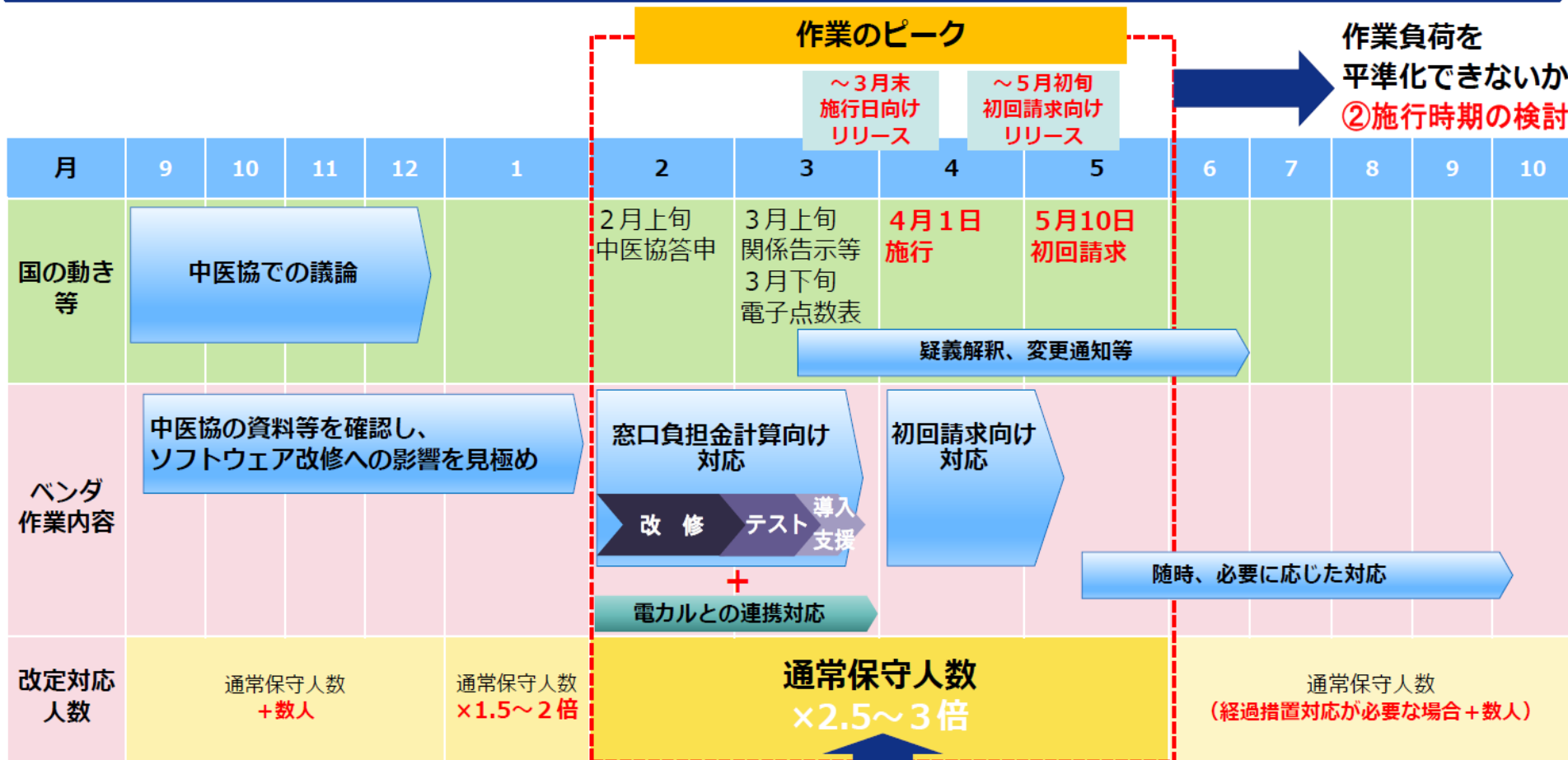
介護保険施設や在宅における
疾患の早期発見と
重症化予防が、高齢者の
救急搬送を防ぐポイント

パート8 診療報酬改定DX



診療報酬改定への対応状況（現状）

- ・現状、ベンダや医療機関等においては、診療報酬改定に短期間で集中的に対応するため、大きな業務負荷が生じている。
- 改定施行日（4/1）からの患者負担金の計算に間に合うように、ソフトウェアを改修する必要がある
 - ※ 3月に支払基金から電子点数表が示されてはいるものの、その段階では既にソフトウェア改修作業の大半は終了している
- ソフトウェアのリリース後も、4月診療分レセプトの初回請求（5/10）までに、国の解釈通知等について更に対応が必要

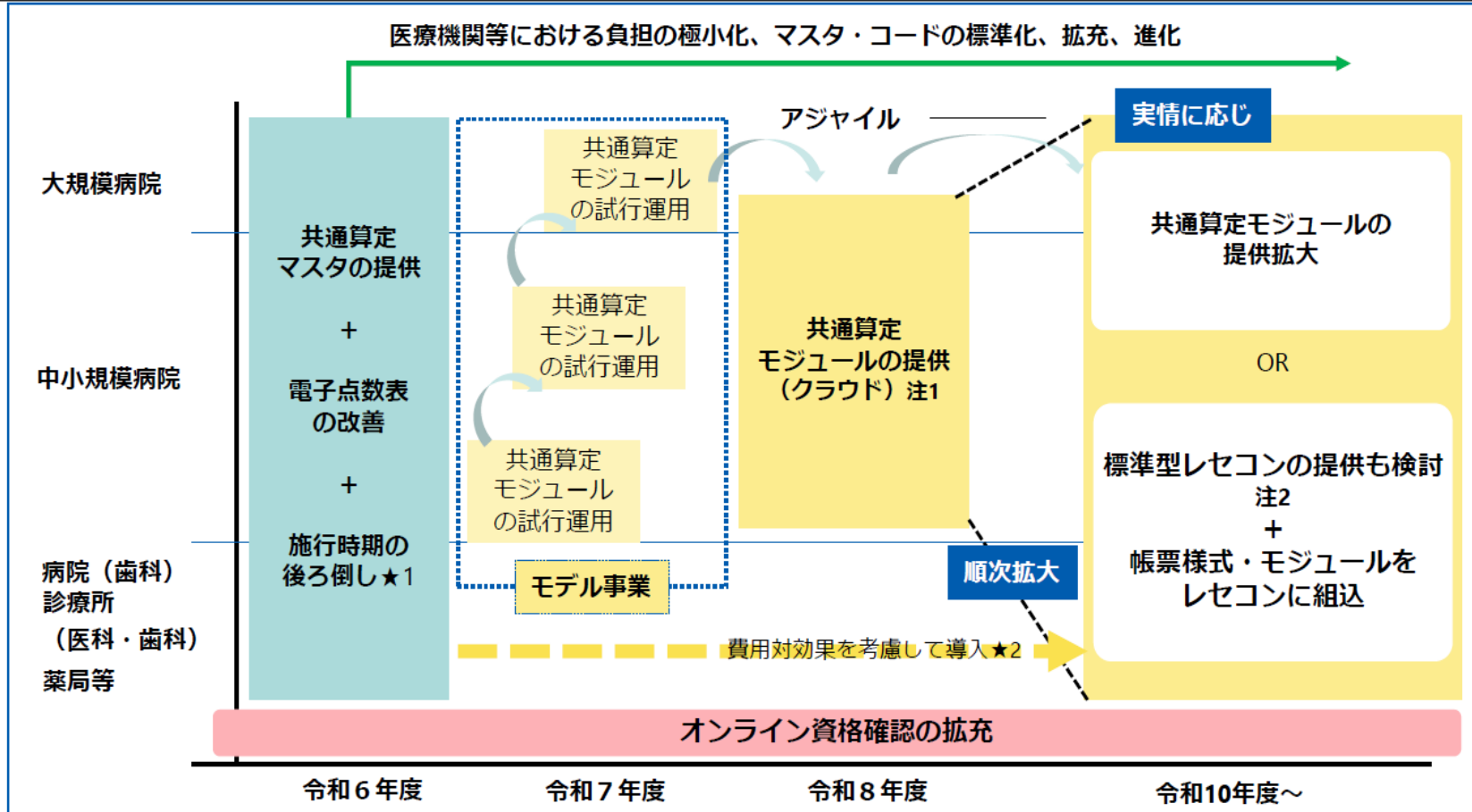


各ベンダがそれぞれ行っている作業を1つにまとめられないか

①診療報酬算定・患者の窓口負担金計算を行うための全国統一の共通的な電子計算プログラム＝共通算定モジュールの開発

診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール（案）

- 共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングや、システム更改時期に合わせて導入を促進。費用対効果を勘案して加速策を実施。
- 診療所向けには、一部の計算機能より、総合的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供。



注1 全国医療情報プラットフォームと連携

注2 標準型レセコンは、標準型電子カルテ（帳票様式を含む）と一体的に提供することも検討。

★1 施行時期・施行年度については、中医協の議論を経て決定。

★2 薬局向け・歯科向け・訪問看護向けについて、業界団体のご意見を丁寧にお聞きした上で対応を検討。

診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）

- 施行時期の後ろ倒しにあたっては、総合的な検討が必要とされているところ。
- 毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。
- また次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能。

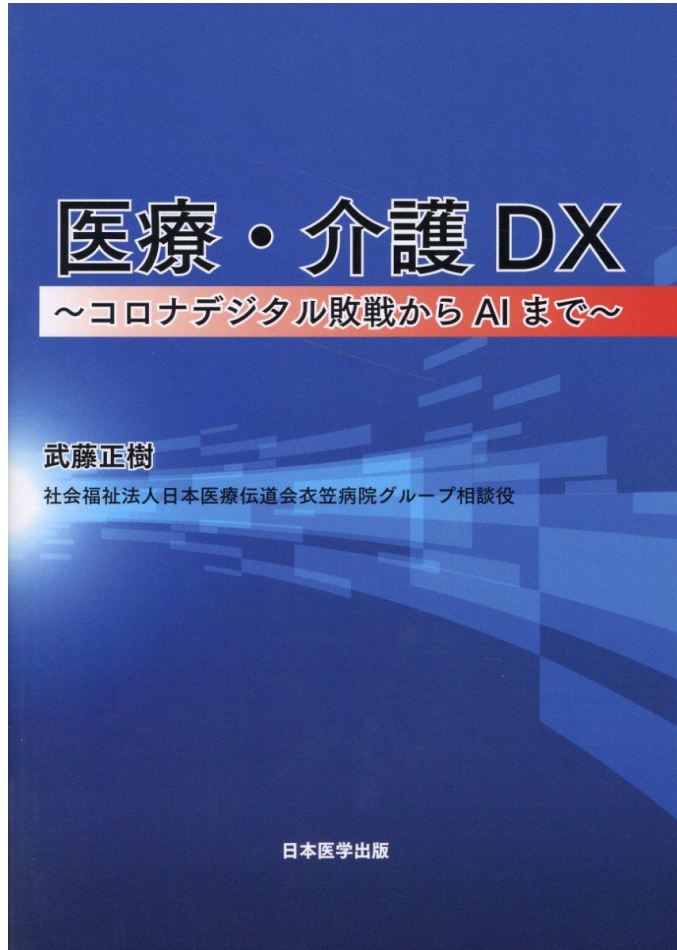


まとめと提言

- 2025年から急性期病床への後期高齢者入院パンデミックがはじまる。
- 急性期病床で後期高齢者を診るのは限界がある
- 急性期病床から地域包括ケア病棟への下り搬送が必要
- 老健、在宅における医療ケア強化と入院予防策が必要
- 同時改定では後期高齢者の救急をどこで診るのが最大課題

医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からA I まで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp



Dr.武藤のミニ動画④⑥
2024年診療報酬改定
～調剤～



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

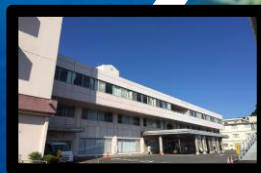
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次

- パート 1
 - 薬局・薬剤師を取り巻く環境
- パート 2
 - 調剤医療費
- パート 3
 - 服薬指導
- パート 4
 - 薬局の体制



パート1

薬局・薬剤師を取り巻く状況



中医協総会 2023年7月26日

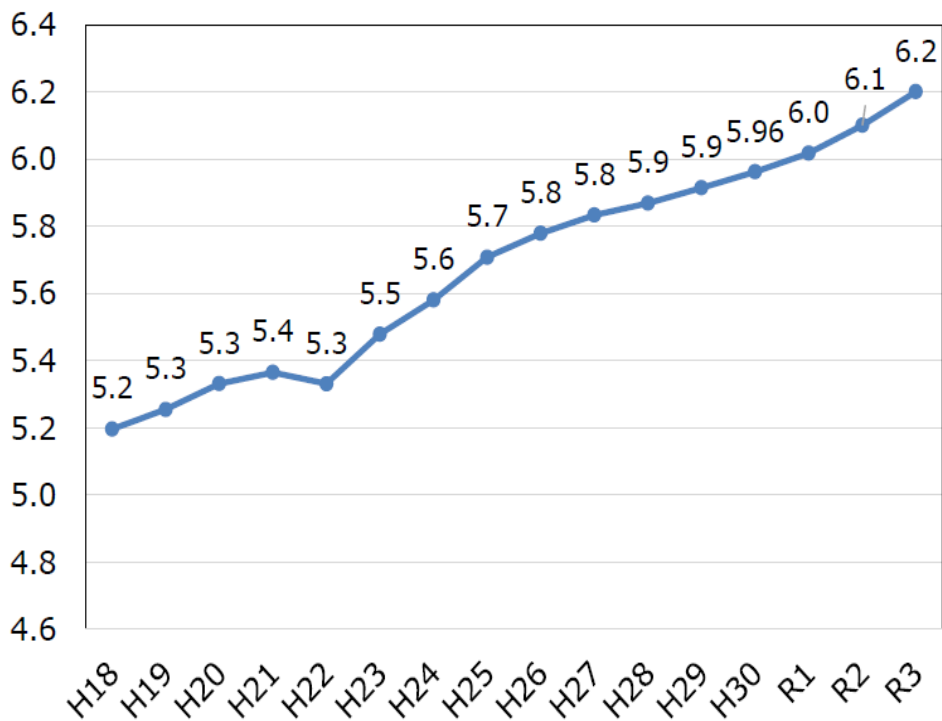


薬局数の推移等

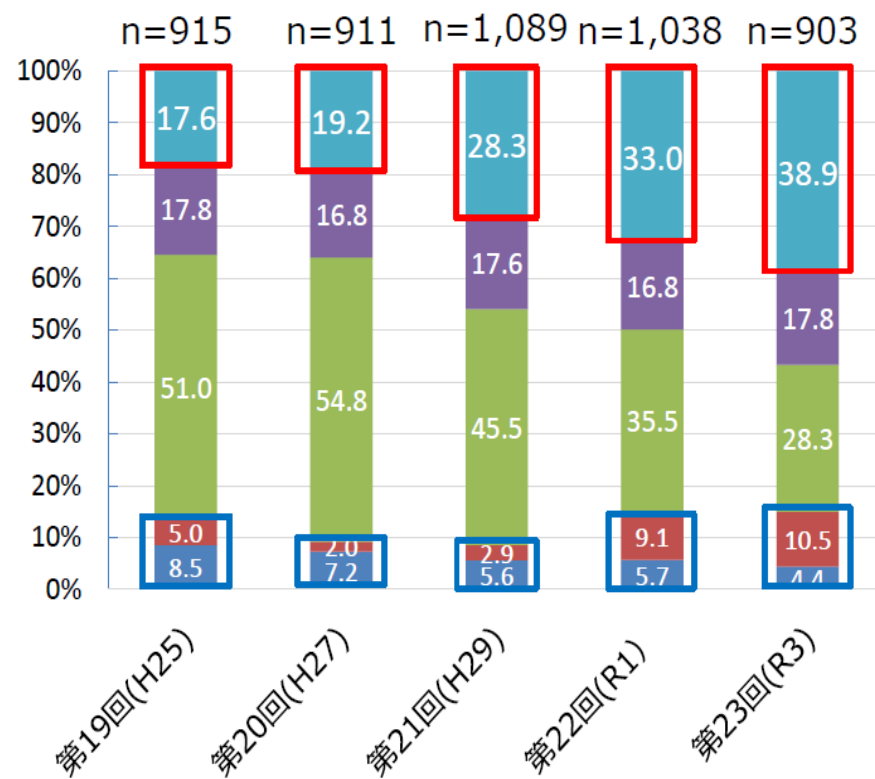
- 薬局数は年々増加しており、令和3年度は約6.2万。
- 20店舗以上の薬局の割合は増加傾向。

20店舗以上の
薬局が増えて
いる

薬局数の推移 (万)



同一法人の薬局の店舗数の推移



※平成22年度は、東日本大震災の影響により、宮城県及び福島県の一部は集計されていない。

出典) 衛生行政報告例

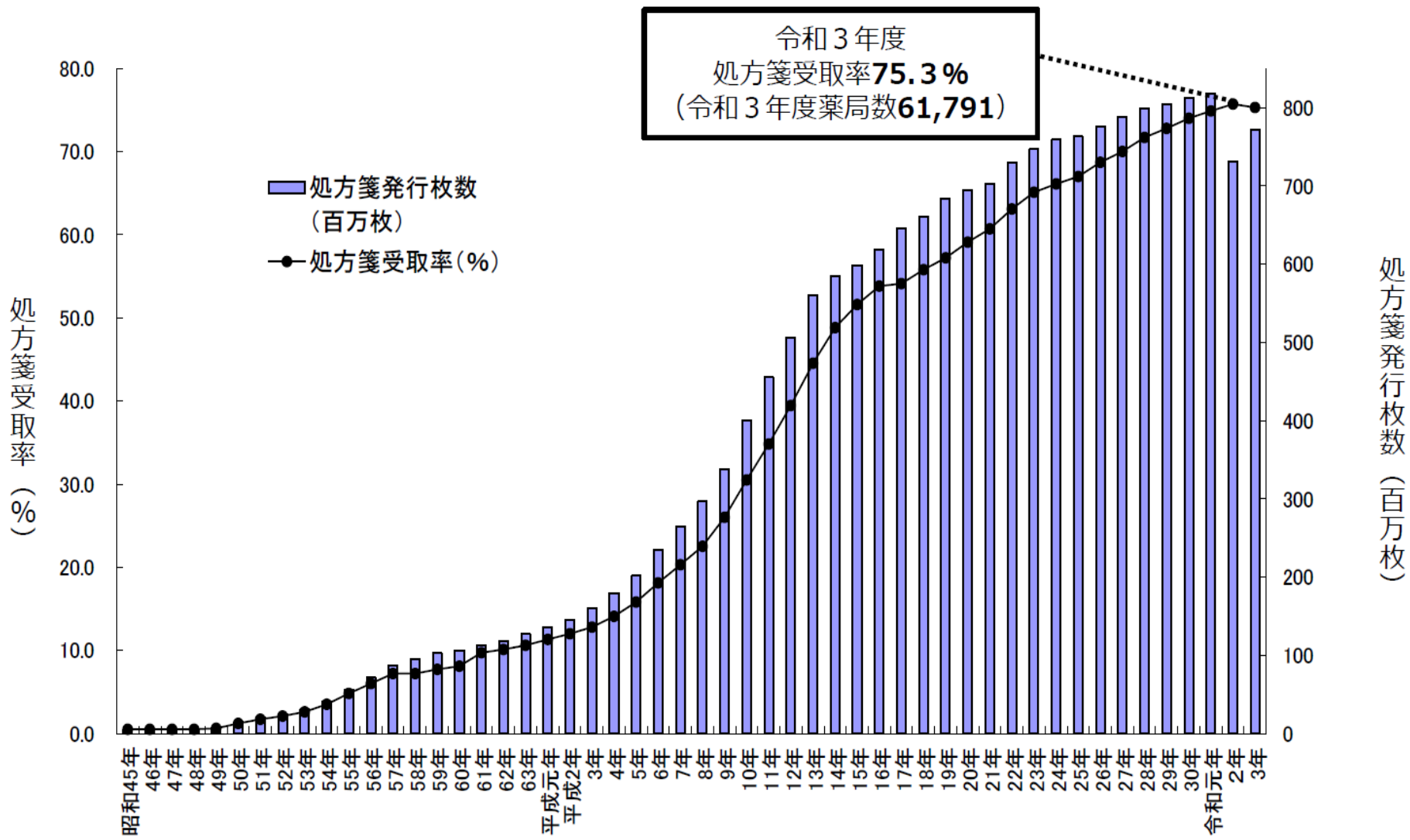
参考：一般診療所104,292施設、病院8,205施設
(令和3年10月1日現在：令和3年医療施設調査)

- 個人
- 1店舗(法人)
- 2-5店舗(法人)
- 6-19店舗(法人)
- 20店舗以上(法人)

出典) 第19回～第23回医療経済実態調査

処方箋受取率の年次推移

○ 令和3年度の処方箋発行枚数は約7.7億枚で、処方箋受取率は75.3%。



令和3年度
処方箋受取率75.3%
(令和3年度薬局数61,791)

処方箋発行枚数 (百万枚)

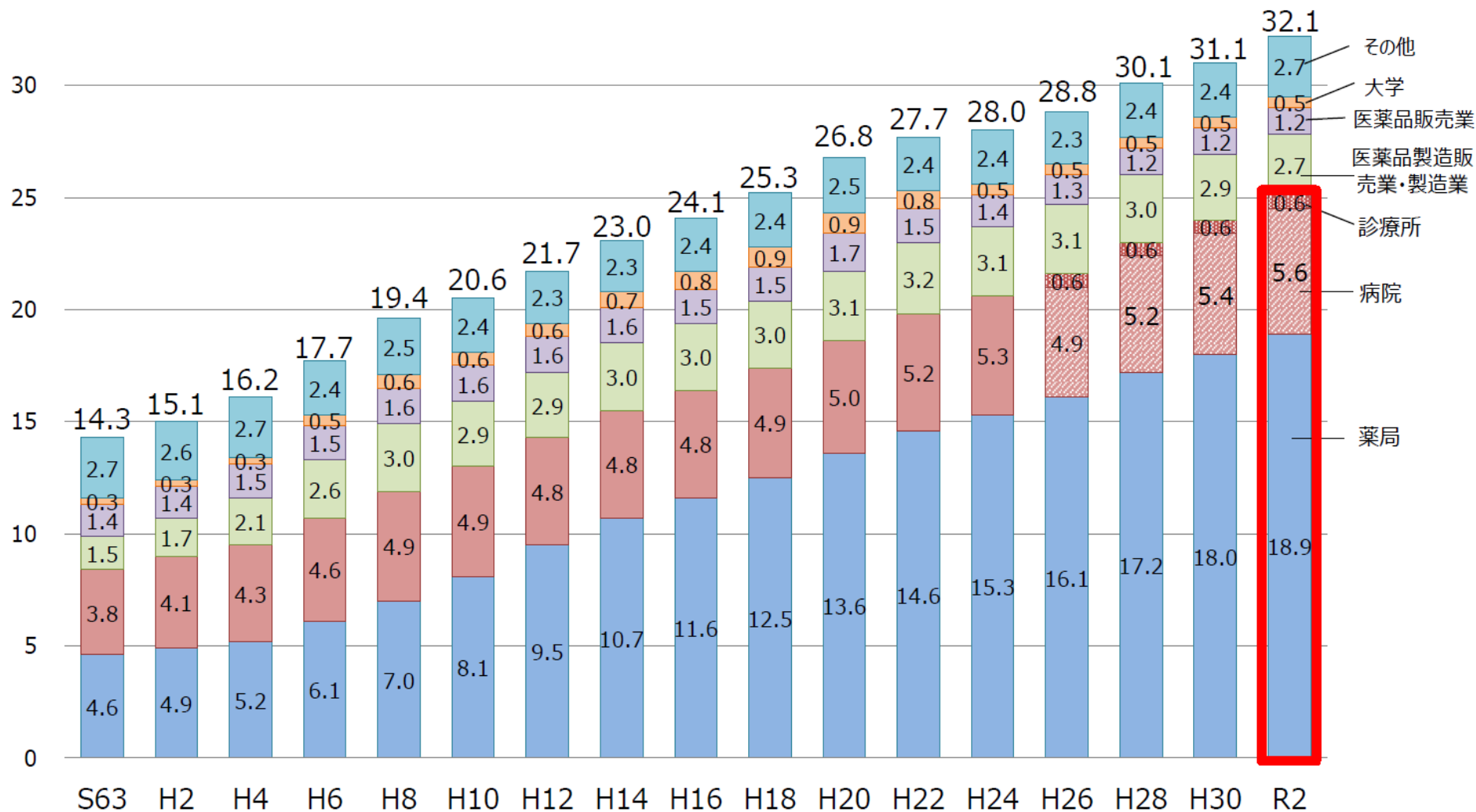
(出典) 保険調剤の動向 (日本薬剤師会)
令和3年度衛生行政報告

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

薬剤師数の推移

○ 令和2年12月31日現在における届出薬剤師数は32.1万人、このうち薬局薬剤師数は18.9万人、医療施設(病院・診療所)の薬剤師は6.2万人である。

(万人)
35



(出典)医師、歯科医師、薬剤師統計

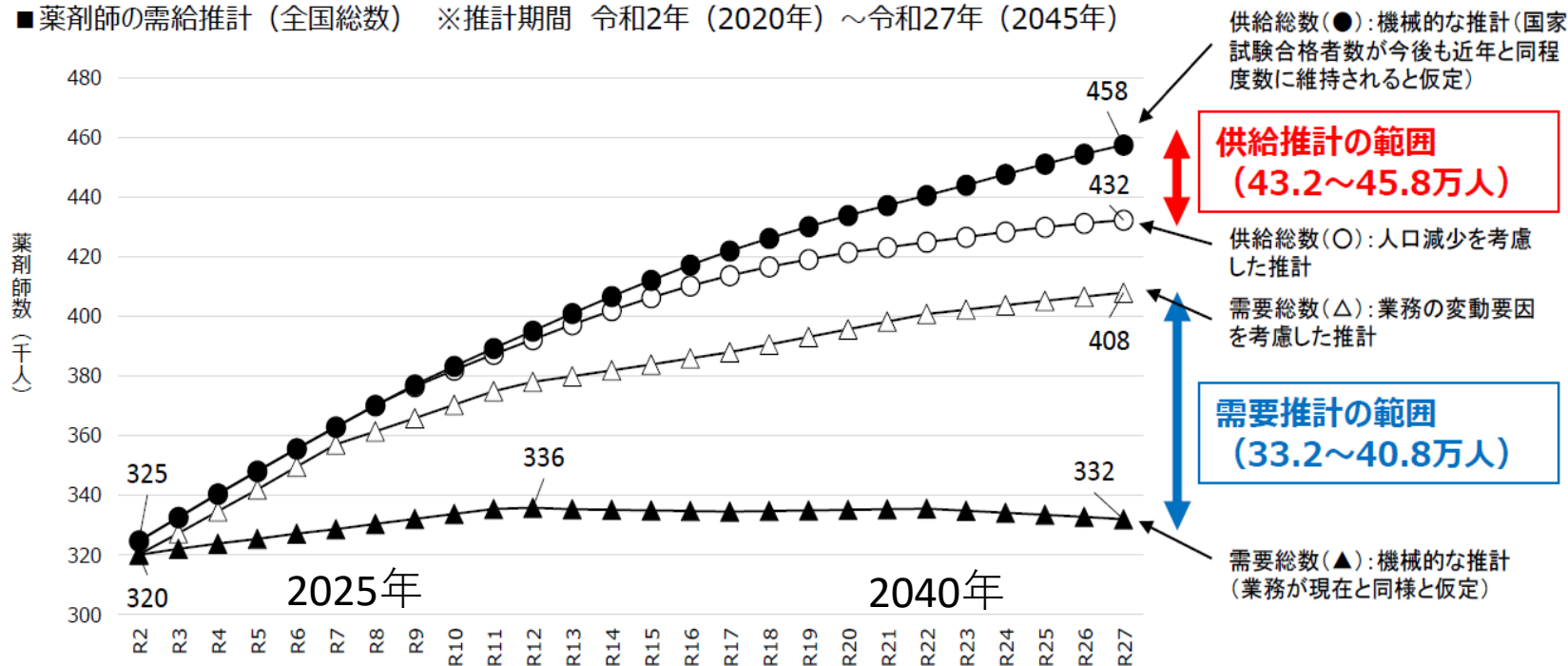
※ 平成26年より病院・診療所それぞれの従事者数も調査している

薬剤師の需給推計

R3.6.30 薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会
とりまとめ（概要）より ※囲みの赤字は医療課で付与

- 薬剤師の総数としては、概ね今後10年間は、需要と供給は同程度で推移するが、将来的には、需要が業務充実により増加すると仮定したとしても、供給が需要を上回り、薬剤師が過剰になる。薬剤師業務の充実と資質向上に向けた取組が行われない場合は需要が減少し、供給との差が一層広がることになると考えられる。
- 本需給推計は、変動要因の推移をもとに仮定条件において推計したものであり、現時点では地域偏在等により、特に病院を中心として薬剤師が充足しておらず、不足感が生じている。
- 今後も継続的に需給推計を行い、地域偏在等への課題への対応も含めた検討に活用すべき。

■ 薬剤師の需給推計（全国総数） ※推計期間 令和2年（2020年）～令和27年（2045年）



<供給推計>

- ・ 機械的な推計(●)：現在の薬剤師数の将来推計、及び今後新たに薬剤師となる人数の推計(国家試験合格者数が今後も近年と同程度数に維持されると仮定)をもとに供給総数を推定(推定年における年齢別死亡率も考慮)
- ・ 人口減少を考慮した推計(O)：今後の大学進学予定者数の減少予測を踏まえ、国家試験合格者が同程度の割合で減少すると仮定して供給総数を推計

<需要推計>

- ・ 機械的な推計(▲)：薬局業務(処方箋あたりの業務量)、医療機関業務(病床/外来患者の院内処方あたり業務量)及びその他の施設に従事する薬剤師の業務が、現在と同程度で推移する前提で推計
- ・ 変動要因を考慮した推計(△)：薬局業務と医療機関業務が充実すると仮定した場合の推計

薬剤師偏在指標の策定

現状

これまで、地域ごとの薬剤師数の比較には**人口10万人対薬剤師数**が一般的に用いられてきたが、以下のような要素が考慮されていないため、地域住民の薬剤師業務に係る医療需要に対する薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握するための指標として必ずしも十分とは言えない。

- 医療需要（ニーズ）
- 薬剤師の業務の種別（病院、薬局）
- 薬剤師の性別、年齢、勤務形態



医療需要（ニーズ）に基づき、地域ごと、薬剤師の業種ごとの薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握できる、薬剤師偏在の度合いを示す指標を導入

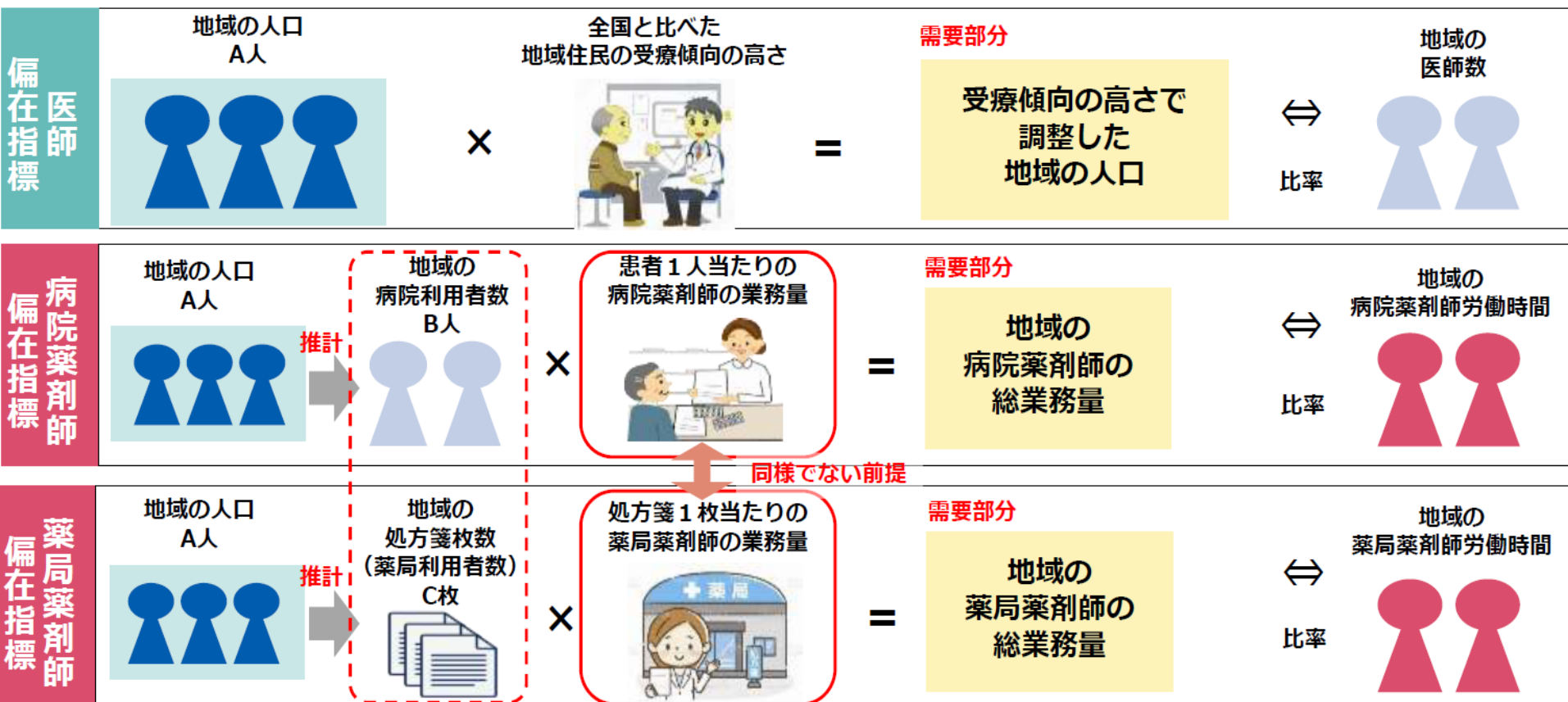
偏在指標導入後

- 薬剤師偏在の度合いを示すことによって、薬剤師少数区域と薬剤師多数区域等が可視化されることになる。
- 薬剤師少数区域等において集中的な対応策の検討が可能となる。

偏在指標の基本的考え方の比較（医師、病院薬剤師、薬局薬剤師）

薬剤師偏在指標の算定式は、医師偏在指標の算定式をベースとしつつ、以下2点から「需要部分」の変更が必要。

- ①病院薬剤師偏在指標・薬局薬剤師偏在指標の間で、偏在指標を比較する前提であるため、同じ価値の数字に換算しておく必要があること。
- ②病院薬剤師と薬局薬剤師の業務内容が異なり、患者1人当たりの業務量が同様ではない前提とすること。



病院利用者数・処方箋枚数には地域住民の受療傾向の高さが織り込まれている、と言える

3. 薬剤師偏在状況を示す区域の設定③

薬剤師多数都道府県

都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
13	東京都	薬局	1.42	3124766.9	2200768.2
14	神奈川県	薬局	1.25	1871356.8	1502254.6
34	広島県	薬局	1.19	591484.2	498667.7
28	兵庫県	薬局	1.19	1143149.0	963972.3
40	福岡県	薬局	1.17	1034782.4	881674.4
4	宮城県	薬局	1.16	459394.4	395568.7
27	大阪府	薬局	1.12	1687268.6	1502736.8
41	佐賀県	薬局	1.10	164380.9	149234.4
37	香川県	薬局	1.09	194886.1	178033.3
11	埼玉県	薬局	1.08	1308558.7	1209829.6
12	千葉県	薬局	1.07	1120861.3	1044579.3
39	山口県	薬局	1.04	272159.7	261327.0
9	栃木県	薬局	1.04	348688.0	336661.1
25	滋賀県	薬局	1.03	240643.1	233998.0
36	徳島県	薬局	1.03	142025.8	138515.6
22	静岡県	薬局	1.01	664016.8	654856.1
1	北海道	薬局	1.01	954723.1	948797.8
19	山梨県	薬局	1.01	151096.1	150309.0

目標偏在指標
「1.0」

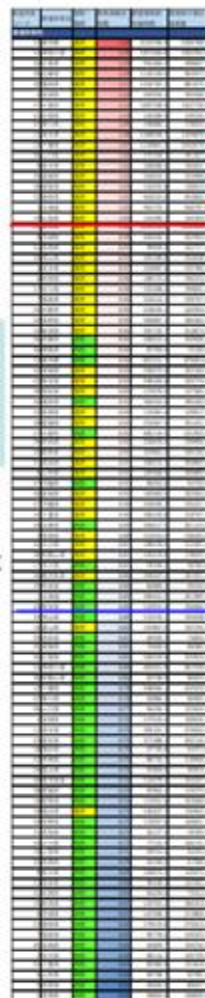
薬剤師少数でも多数でもない都道府県

都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
23	愛知県	薬局	1.00	1229135.8	1232028.2
8	茨城県	薬局	0.99	500430.7	502956.2
31	鳥取県	薬局	0.97	99959.9	102777.4
33	岡山県	薬局	0.97	325189.8	334638.1
3	岩手県	薬局	0.97	224987.6	232780.3
5	秋田県	薬局	0.96	189172.0	196216.9
17	石川県	薬局	0.96	191308.4	199831.2
7	福島県	薬局	0.95	323414.2	339757.5
26	京都府	薬局	0.95	418620.4	440930.8
20	長野県	薬局	0.95	360887.4	380460.2
15	新潟県	薬局	0.94	391732.7	414873.0
26	京都府	病院	0.94	182012.4	192936.1
36	徳島県	病院	0.94	67793.5	72130.9
13	東京都	病院	0.94	821311.7	875810.8
42	長崎県	薬局	0.93	23572.9	252169.9
43	熊本県	薬局	0.93	298183.8	320770.8
39	高知県	薬局	0.93	127675.5	137365.2
40	福岡県	病院	0.93	366454.8	395400.5
32	鳥取県	薬局	0.93	119381.6	128912.7
38	愛媛県	薬局	0.92	231967.5	251431.3
27	大阪府	病院	0.92	582116.0	631953.5
29	奈良県	薬局	0.92	220878.6	239956.3
10	群馬県	薬局	0.92	315961.4	345134.3
21	岐阜県	薬局	0.91	328374.3	359862.9
6	山形県	薬局	0.91	187668.5	205895.6
47	沖縄県	病院	0.91	85054.5	93703.0
45	富山県	薬局	0.91	182983.5	202054.0
47	沖縄県	薬局	0.90	203596.2	226421.7
24	三重県	薬局	0.90	285430.8	318757.7
28	兵庫県	病院	0.89	356617.5	401123.8
2	青森県	薬局	0.88	210915.6	238365.8
44	大分県	薬局	0.87	185678.6	212401.4
30	和歌山県	薬局	0.87	155419.8	178032.7
17	石川県	病院	0.87	79155.2	90783.8
46	鹿児島県	薬局	0.86	258307.2	301921.2
29	奈良県	病院	0.86	84889.2	99226.0
1	北海道	病院	0.85	385641.5	451989.7
43	熊本県	病院	0.85	132931.0	156684.6

薬剤師少数都道府県

都道府県コード	都道府県名	病院・薬局	薬剤師偏在指標	調整薬剤師労働時間	薬剤師の推計業務量
33	岡山県	病院	0.85	131070.1	155038.0
16	富山県	薬局	0.82	157867.0	192150.3
39	高知県	病院	0.81	60930.2	74855.0
25	滋賀県	病院	0.81	72606.0	89485.3
34	広島県	病院	0.81	182419.9	225916.9
14	神奈川県	病院	0.80	452421.9	567239.5
30	和歌山県	病院	0.80	63748.9	80025.5
12	千葉県	病院	0.78	338566.1	432520.7
37	香川県	病院	0.78	62886.3	80965.7
35	山口県	病院	0.77	94436.3	122634.6
4	宮城県	病院	0.76	127616.6	168545.2
11	埼玉県	病院	0.75	395161.3	470603.6
23	愛知県	病院	0.75	371388.3	492134.4
18	福井県	病院	0.75	47740.8	63373.6
42	長崎県	病院	0.75	88730.2	118968.2
16	富山県	病院	0.75	67809.8	90919.3
46	鹿児島県	病院	0.74	114479.4	154437.4
38	愛媛県	病院	0.74	87864.4	119275.0
10	群馬県	病院	0.74	112551.6	153068.5
18	福井県	薬局	0.73	100407.3	136953.4
20	長野県	病院	0.73	123097.8	168051.1
31	鳥取県	病院	0.73	36127.5	49390.9
44	大分県	病院	0.73	77215.9	106131.9
19	山梨県	病院	0.71	45914.6	64244.8
32	鳥取県	病院	0.70	40168.6	57286.8
9	栃木県	病院	0.69	100874.4	145674.0
21	岐阜県	病院	0.69	98108.2	142302.1
41	佐賀県	病院	0.69	50439.6	73312.8
15	新潟県	病院	0.67	120752.2	180310.7
8	茨城県	病院	0.67	142398.2	213880.4
22	静岡県	病院	0.66	179019.8	270610.1
7	福島県	病院	0.65	96778.6	149325.3
45	宮崎県	病院	0.65	64809.7	100234.3
3	岩手県	病院	0.64	68114.1	105729.1
24	三重県	病院	0.63	82580.9	131610.4
6	山形県	病院	0.60	55738.7	92781.2
5	秋田県	病院	0.56	49455.9	89027.7
2	青森県	病院	0.55	59804.8	108836.6

拡大

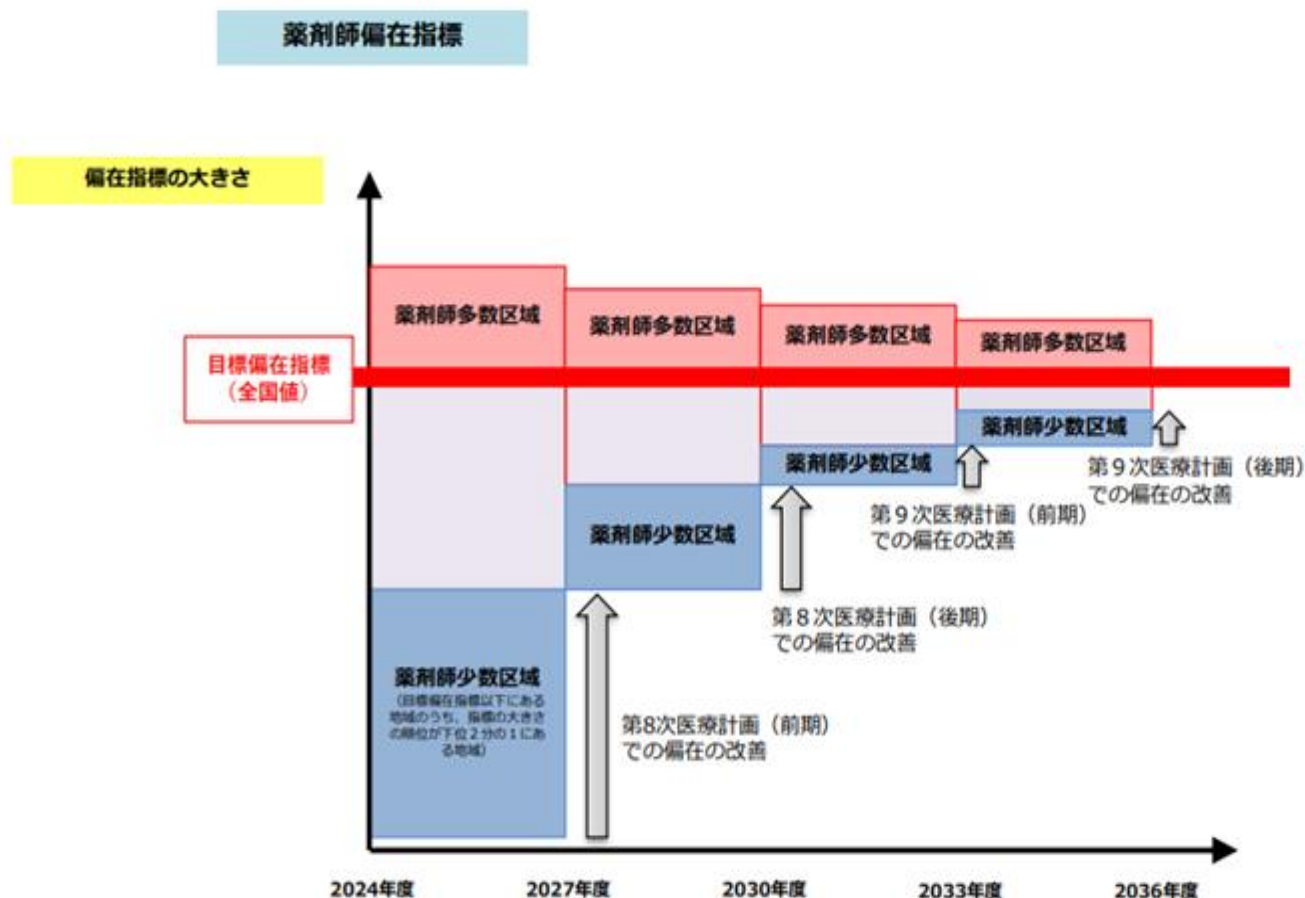


注) 目標偏在指標は小数点以下3位を四捨五入しているため、薬剤師偏在指標が「1.00」と表されている場合でも目標偏在指標を下回る場合がある。

3. 薬剤師偏在状況を示す区域の設定④

偏在是正の進め方

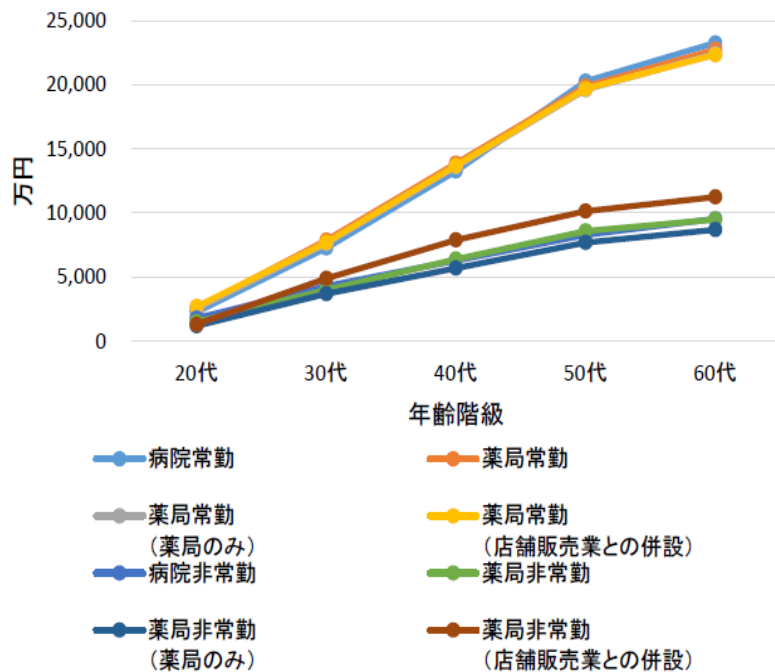
- 薬剤師偏在是正の進め方としては、薬剤師確保計画の1計画期間（原則3年）ごとに、**薬剤師少数区域に属する二次医療圏又は薬剤師少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを繰り返すことを基本とする。**



病院・薬局間の給与

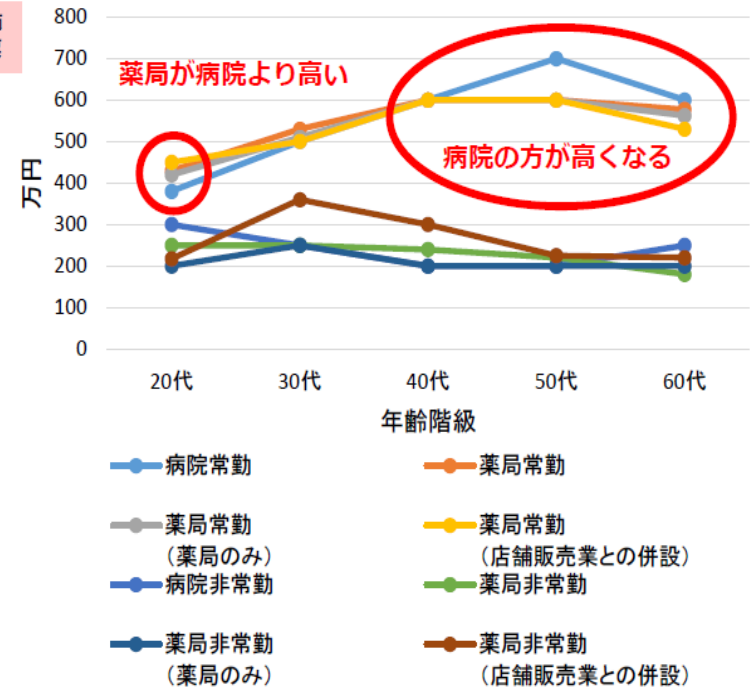
- 各年代における合計の年収を累積した累積年収について、65歳まで働くことを想定した場合、常勤の病院薬剤師（23,280万円）と薬局 薬剤師（22,768万円）との生涯年収の差額は512万円であった。
- 常勤の年代別平均年収は、20代は薬局が病院より高いが、30代以降は差がなくなり、病院の方が高くなっている。

累積年収（薬剤師本人票 中央値）



(万円)

年代別平均年収（薬剤師本人票 中央値）



(万円)

	常勤				非常勤			
	病院常勤	薬局常勤		病院非常勤	薬局非常勤			
		薬局常勤 (薬局のみ)	薬局常勤 (店舗販売業との併設)		薬局非常勤 (薬局のみ)	薬局非常勤 (店舗販売業との併設)		
20代	2,280	2,580	2,520	2,700	1,800	1,500	1,200	1,305
30代	7,280	7,880	7,620	7,700	4,300	4,000	3,700	4,905
40代	13,280	13,880	13,620	13,700	6,300	6,400	5,700	7,905
50代	20,280	19,880	19,620	19,700	8,300	8,600	7,700	10,155
60代	23,280	22,768	22,433	22,360	9,550	9,500	8,700	11,255

	常勤				非常勤			
	病院常勤	薬局常勤		病院非常勤	薬局非常勤			
		薬局常勤 (薬局のみ)	薬局常勤 (店舗販売業との併設)		薬局非常勤 (薬局のみ)	薬局非常勤 (店舗販売業との併設)		
20代	380	430	420	450	300	250	200	217.5
30代	500	530	510	500	250	250	250	360
40代	600	600	600	600	200	240	200	300
50代	700	600	600	600	200	220	200	225
60代	600	577.5	562.5	530	250	180	200	220

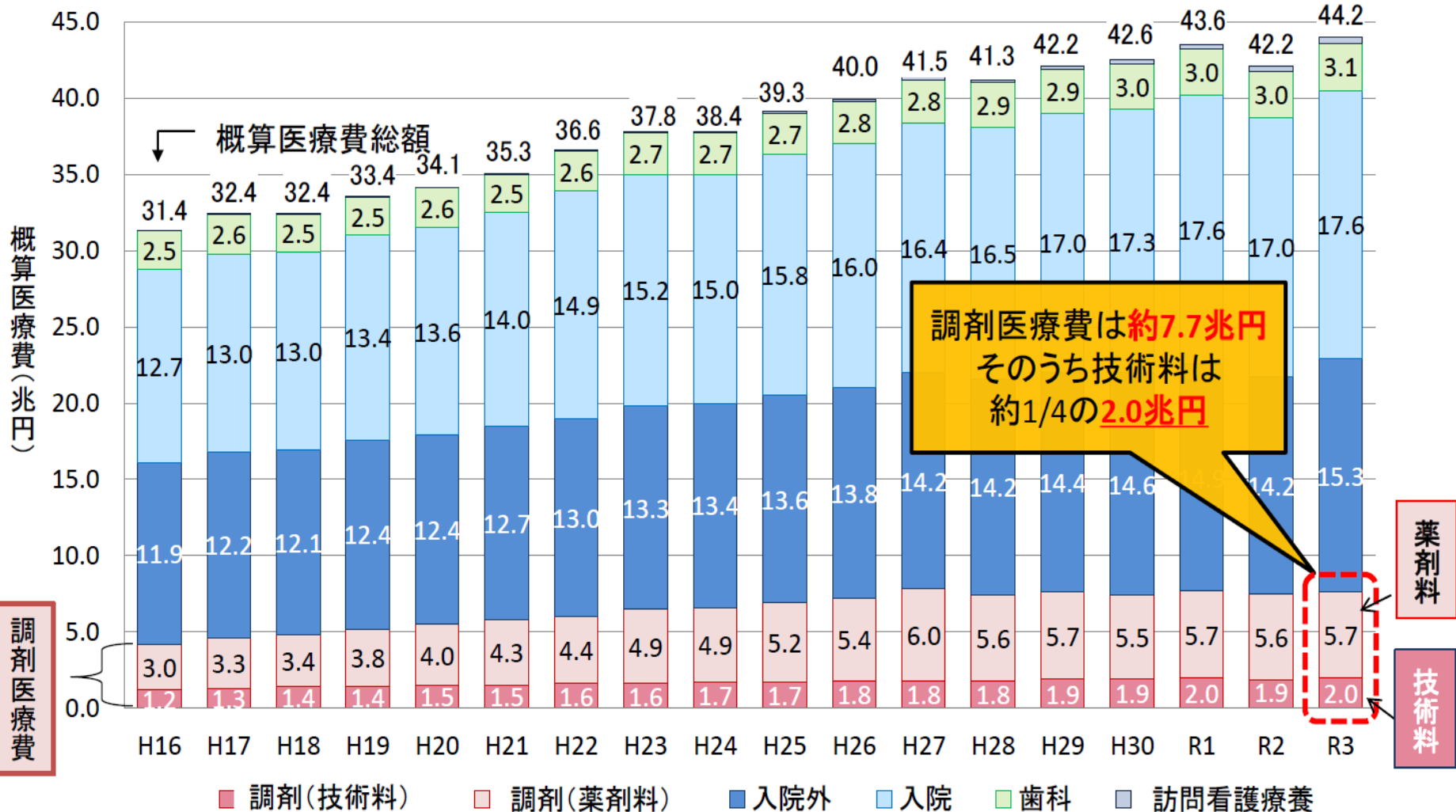
パート 2

調剤医療費



調剤医療費の推移

- 令和3年度の概算医療費は約44.2兆円であった。
- 調剤医療費は約7.7兆円で、その内訳は、薬剤料が約5.7兆円、技術料が約2.0兆円であった。



※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

調剤報酬点数

対人・対物
評価

調剤技術料

さまざまな機能やサービスを備えた薬局に対する点数（費用）

対人評価

薬学管理料

薬剤師が患者さまの使用している薬の情報を薬歴として記録・管理したり、情報提供したりする時の点数（費用）

対物評価

薬剤料

薬価基準で定められている薬そのものの点数（費用）

特定保険 医療材料料

糖尿病の治療で用いるインスリンや在宅医療で使用する輸液などの特定の医療材料の点数（費用）

調剤技術料

対物のイメージ
が強かった

調剤基本料

薬局の設備・機器
などの使用に対す
る点数（費用）

調剤料

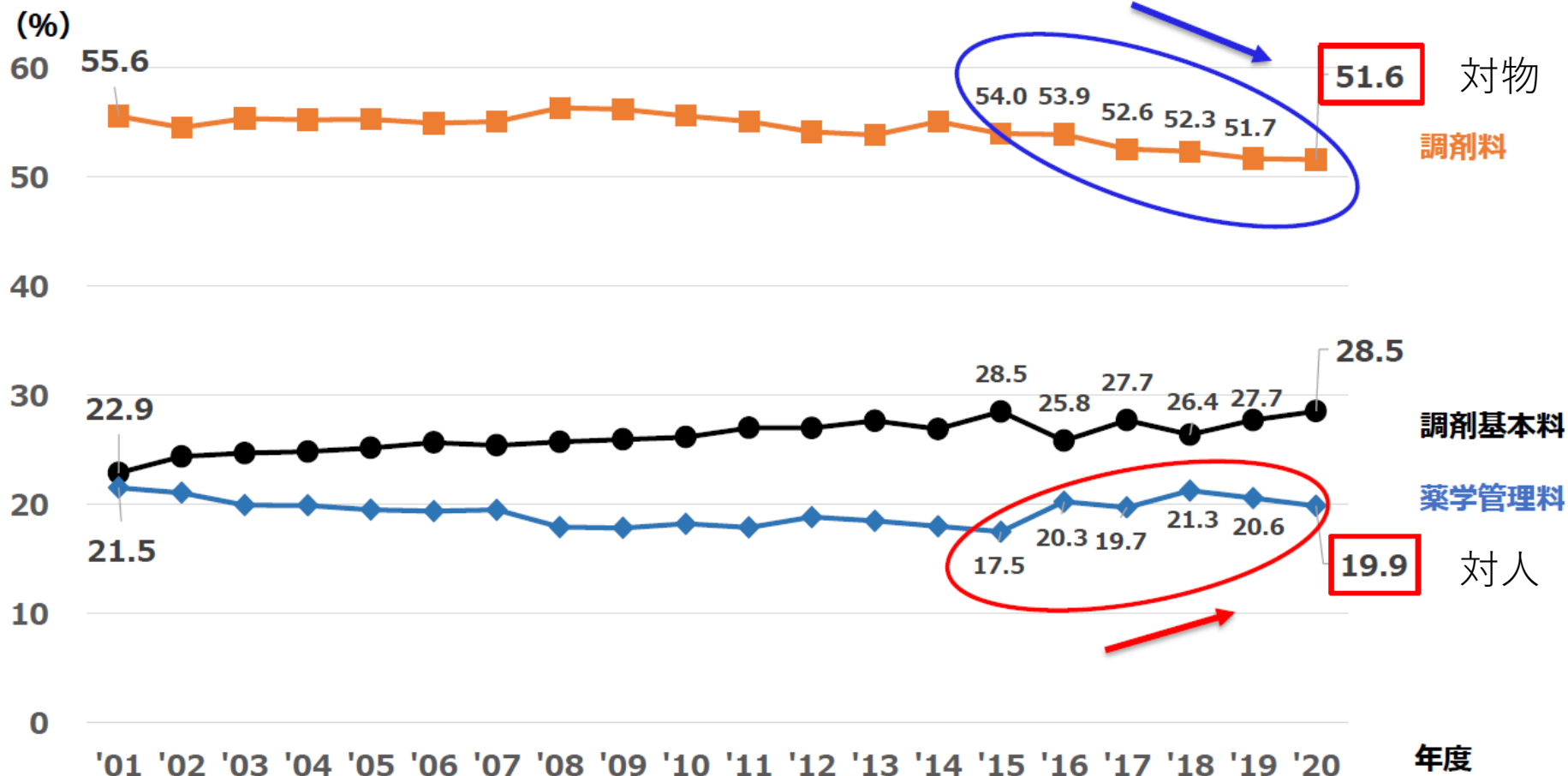
薬の調剤に対する
点数（費用）

各種加算料

薬を飲む時間ごとにまと
める「一包化」など、
特別な調剤を行った時の
対応への点数（費用）

技術料に占める調剤基本料、調剤料、薬学管理料（点数ベース）の割合

- 「調剤料」の占める割合は近年減少傾向にあるが、引き続き技術料の50%を超えている。
- 対人業務を評価する「薬学管理料」の占める割合は、近年20%程度。



薬局での調剤業務の流れについて

- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の分析・評価、②処方内容の薬学的分析、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成されている。
- このうち、①、②、③、⑥、⑦は、患者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、対人業務的な要素を含む。

処方箋の受付、保険証の確認

対人

① 患者情報等の分析・評価
お薬手帳、後発医薬品の希望有無、薬剤服用歴（薬歴）等に基づく薬学的分析・評価

①お薬手帳、患者への聞き取り、薬剤服用歴等で分析・評価する事項

- ア 患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別等）
- イ 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴）
- ウ 薬学的管理に必要な患者の生活像
- エ 既往歴、合併症、他科受診の状況
- オ 併用薬等（処方薬、一般用医薬品、健康食品）
- カ 前回処方
- キ 服薬状況（残薬の状況を含む）
- ク 患者の服薬中の体調の変化
- ケ 臨床検査値 等

医療機関

問合わせ
(疑義照会を含む)
処方変更等

② 処方内容の薬学的分析

③ 調剤設計

④ 薬剤の調製・取りそろえ

⑤ 最終監査

評価結果を活用

評価結果を活用

対物

⑥ 調剤した医薬品の (ア) 薬剤情報提供、(イ) 服薬指導
薬剤の交付

②処方内容の薬学的分析

- ア 処方箋の記載内容の確認
 - ・患者情報、保険情報、医療機関情報、処方箋使用期限 等
- イ 処方薬に関する薬学的分析
 - ・承認内容との適合（用法・用量等）
 - ・重複投与
 - ・併用禁忌、配合変化 等
- ウ 患者情報に基づく薬学的分析
 - ・併用禁忌、重複投与
 - ・患者個人の状況を踏まえた用法・用量の適正性の評価（例：腎機能、小児の体重） 等

対人

会計

⑦ 調剤録、薬歴の作成

青枠部分：主に「調剤料」で評価している部分

緑枠部分：主に「薬学管理料」で評価している部分

日本薬剤師会有澤委員

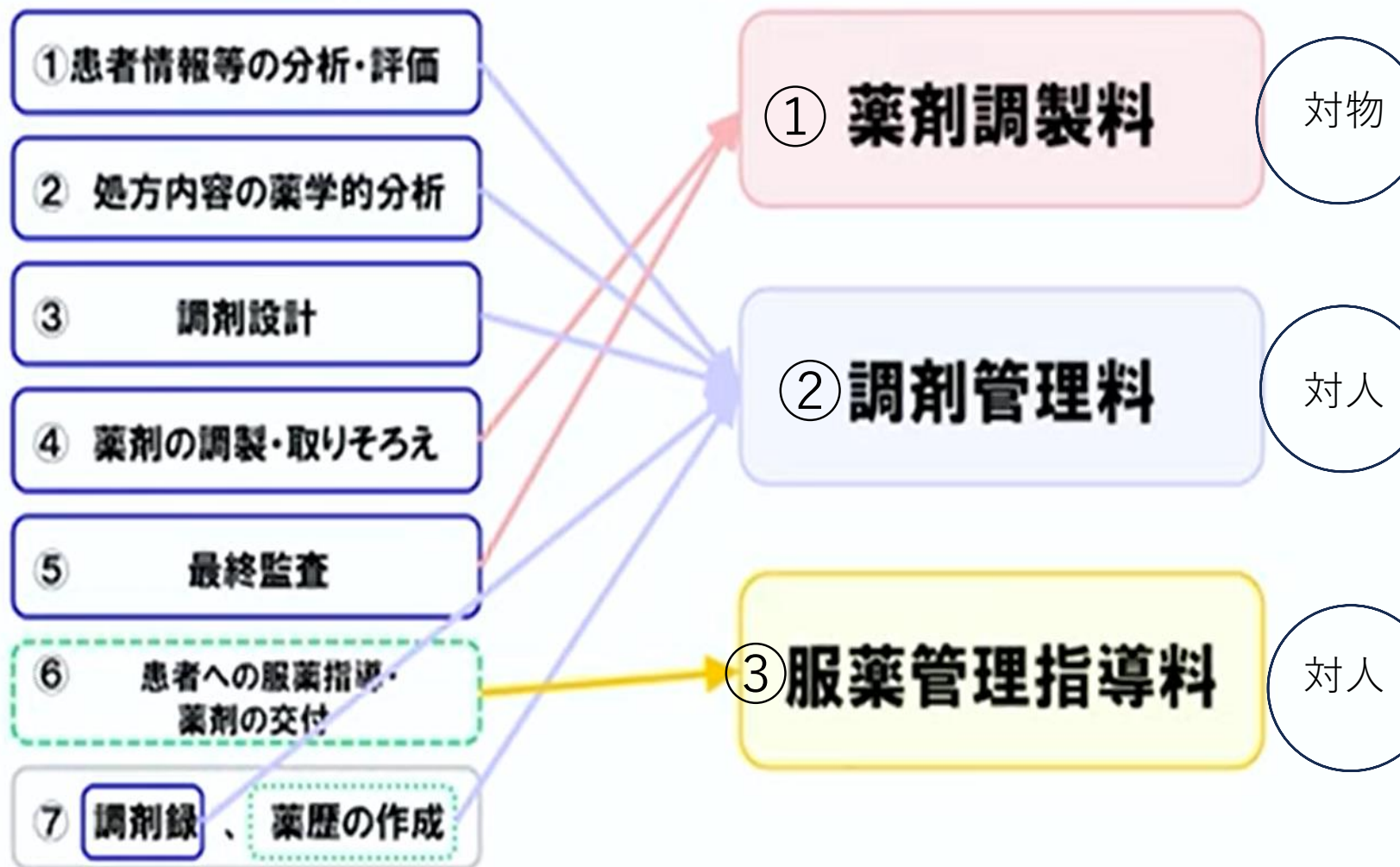
- 「調剤料」と一口に言っても、その行為は対物業務と対人業務が複合的に入り組んだ評価となっており、対物業務と対人業務を単純に線引きしてできるものではない
- 調剤料の占める割合が高い＝薬局が対物業務ばかりしているというものではない
- 「複合的に入り組んだ調剤料」の内容を整理可能なところは整理し、調剤料における対物業務と対人業務の評価について、調剤料の加算も含めて整理していく方法が一つの方策ではないか



日薬 有澤委員

改定後の評価項目イメージ

<調剤業務の流れ>



青枠部分:主に「調剤料」で評価している部分

緑枠部分:主に「薬学管理料」で評価している部分

調剤料を組み替えて

- ①薬剤調製料（対物）
- ②調剤管理料（対人）
- ③服薬管理指導料（対人）

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

調剤料の見直し

- 調剤料を廃止し、これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価を新設する。
- 内服薬の調剤料について処方日数に応じた段階的な評価を見直す。

現行

【調剤料】

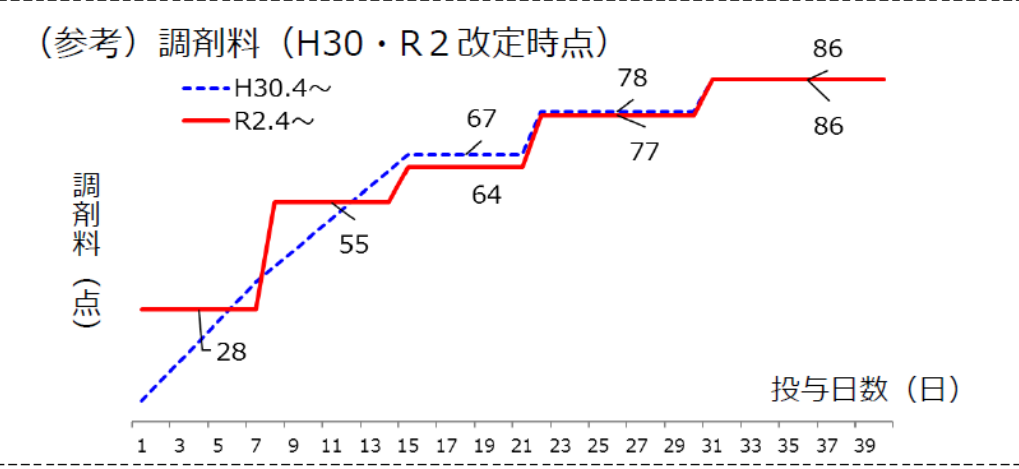
1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））	
イ 7日分以下の場合	28点
ロ 8日分以上14日分以下の場合	55点
ハ 15日分以上21日分以下の場合	64点
ニ 22日分以上30日分以下の場合	77点
ホ 31日分以上の場合	86点
2~6 (略)	

改定後

【薬剤調製料】

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））	<u>24点</u>
2~6 (略)	

① 薬剤調製料
(対物)



日数評価
廃止

日数評価に対する意見

- 支払い側 松本委員
 - 内服薬の投与日数が増えると点数が増加する仕組みが以前から問題だと健保連は指摘してきた。
 - 1週間分と2週間分で調剤が本当に大変になるのかという疑問は私も抱いている



健保連松本真人委員

薬局における対人業務の評価体系の見直し

➤ 調剤料を廃止し、これまで調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等に係る業務の評価を新設する。

②調剤管理料（対人）

（新）調剤管理料

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）を調剤した場合（1剤につき）	
イ 7日分以下の場合	4点
ロ 8日分以上14日分以下の場合	28点
ハ 15日分以上28日分以下の場合	50点
ニ 29日分以上の場合	60点
2 1以外の場合	4点

[算定要件]

- 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
- 1については、服用時点が同一である内服薬は、投薬日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤以上の部分については算定しない。

➤ 重複投薬、相互作用の防止等に係る薬剤服用歴管理指導料における加算について、評価の位置付

現行	改定後
【重複投薬・相互作用等防止加算（薬剤服用歴管理指導料）】	【重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）】
イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点	イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
ロ 残薬調整に係るもの場合 30点	ロ 残薬調整に係るもの場合 30点



調剤管理料の日数評価について

- 支払い側松本真人委員（健保連）

- 薬剤調製料は投与日数にかかわらず一律点数にしたことは評価できる。
- 調剤管理料は処方日数に応じた段階的評価が未だに残っていることに違和感を感じる

- 診療側 有澤賢二委員（日薬）

- 医薬品を使用する日数によって薬学的知見に基づく分析や管理などの重みづけが変わることは、現場の感覚に合う。日数設定の提案は適切だ。

薬局における対人業務の評価体系の見直し

- 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は2回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設する。

(新) 調剤管理料 調剤管理加算

<u>イ 初めて処方箋を持参した場合</u>	<u>3点</u>
<u>ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合</u>	<u>3点</u>

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

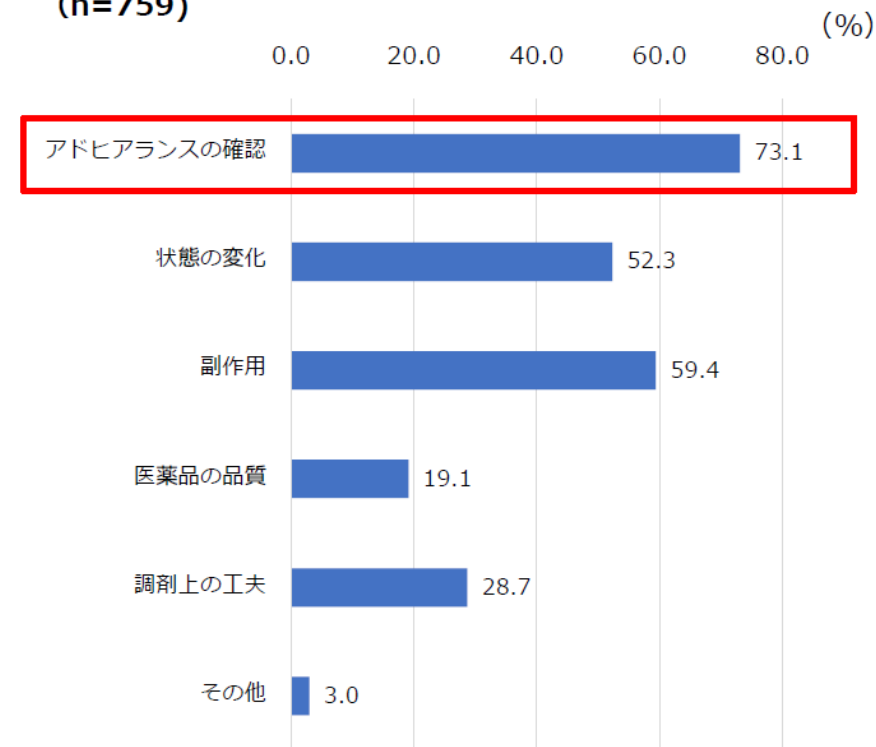
[施設基準]

重複投薬等の解消に係る取組の実績（過去一年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績）を有している保険薬局であること。

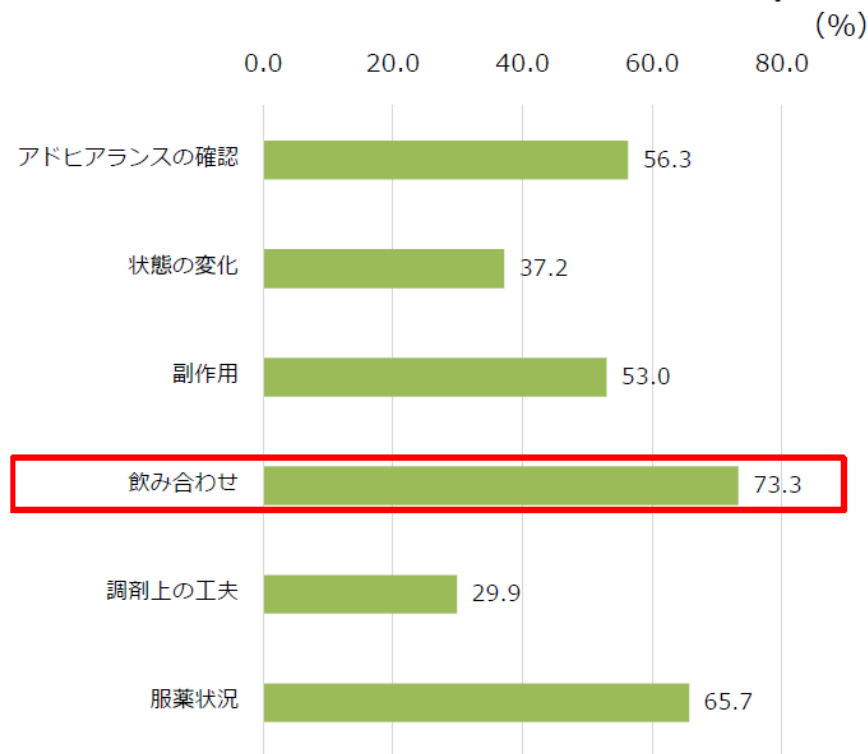
長期処方・多剤処方の患者における薬学的管理の状況

○ 長期処方の患者においては「アドヒアランスの確認」、6種類以上の内服薬が処方されている患者においては「飲み合わせ」を注意して確認し、薬学的分析に基づいた医師への処方提案等が多く実施されていた。

■ 処方日数が短期の患者より、長期の患者で注意して確認し薬学的分析に基づき医師への処方提案等を行っていること (n=759)



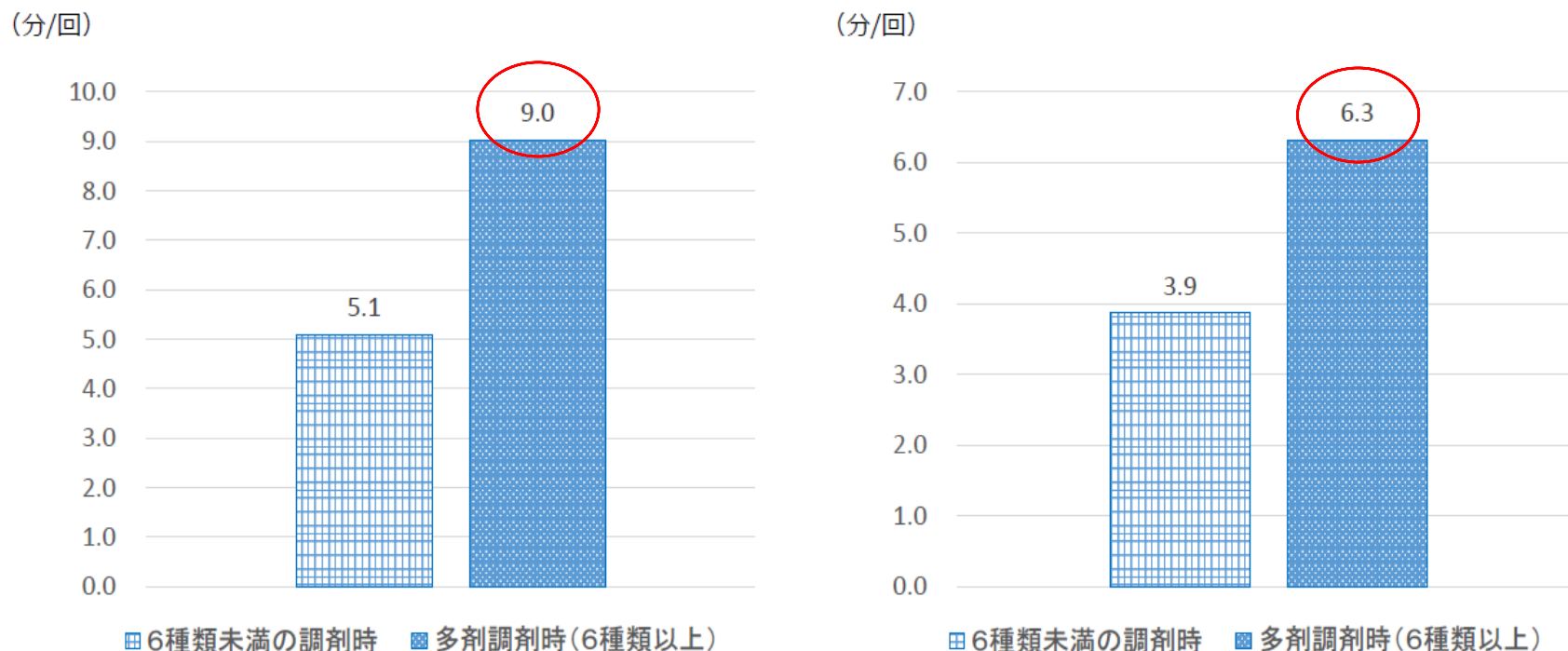
■ 6種類以下の内服薬が処方されている患者より、6種類以上の内服薬が処方されている患者で注意して確認し、薬学的分析に基づき医師への処方提案等を行っていること (n=759)



薬剤種類数に応じた服薬指導等に要する時間について

- 薬剤情報提供・服薬指導の平均所要時間は、薬剤種類数が6種類未満の場合は1回あたり約5.1分であったが、多剤調剤時（6種類以上）の場合は1回あたり約9.0分であった。
- 薬歴作成の平均所要時間は、薬剤種類数が6種類未満の場合は1回あたり約3.9分であったが、多剤調剤時（6種類以上）の場合は1回あたり約6.3分であった。

(1) 薬剤情報提供・服薬指導の平均所要時間 (回答薬局数=767) (2) 薬歴作成の平均所要時間 (回答薬局数=767)

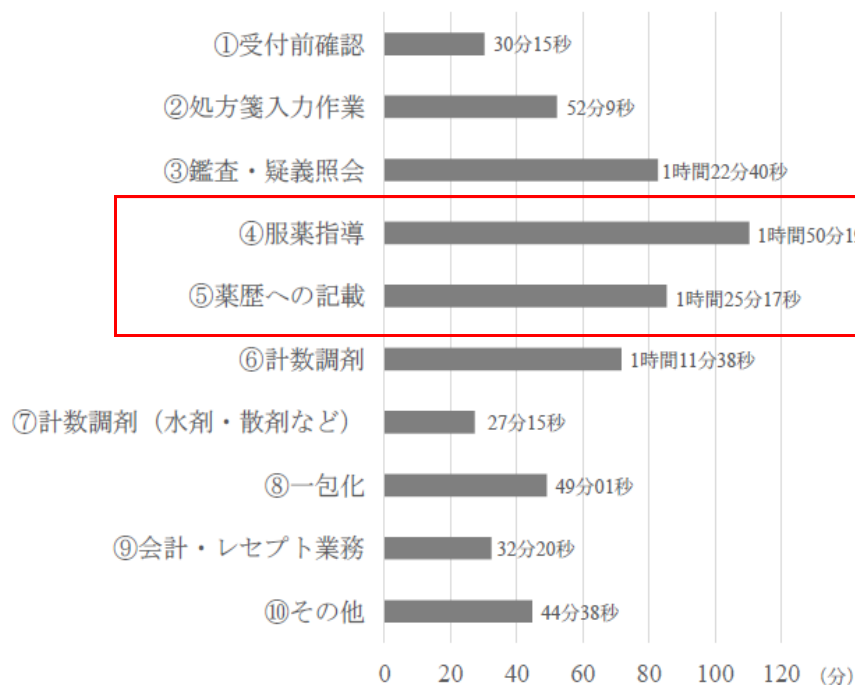


処方箋調剤に関する業務に係る時間

- 直近出勤日1日の処方箋調剤に関する業務の累計時間は9時間45分、そのうち「服薬指導」の累計時間が最も長く1時間50分、次いで「薬歴への記載」の時間が長く1時間25分であった。
- タイムスタディによる薬局における処方箋1枚の処理に要する平均時間は12分41秒である。

(1) 処方箋による調剤に関わる業務※1

全体：9時間45分32秒



(2) 処方箋1枚の処理時間※2

業務内容	平均値(分)
受付・薬袋準備	01:08
薬歴確認・処方箋監査	02:26
計数調剤	02:33
監査	03:05
薬剤交付・服薬指導	03:29
合計	12:41

- 5箇所の薬局における外来患者を対象に、76枚の処方箋について調査
- 処方箋1枚の受付から薬剤交付・記録までの時間を業務ごとに測定
- なお、調剤のうち、計数調剤（錠剤等を取り揃える行為）の業務を測定（液剤等の計量調剤、一包化を要する業務は、本測定には含まれていない）。

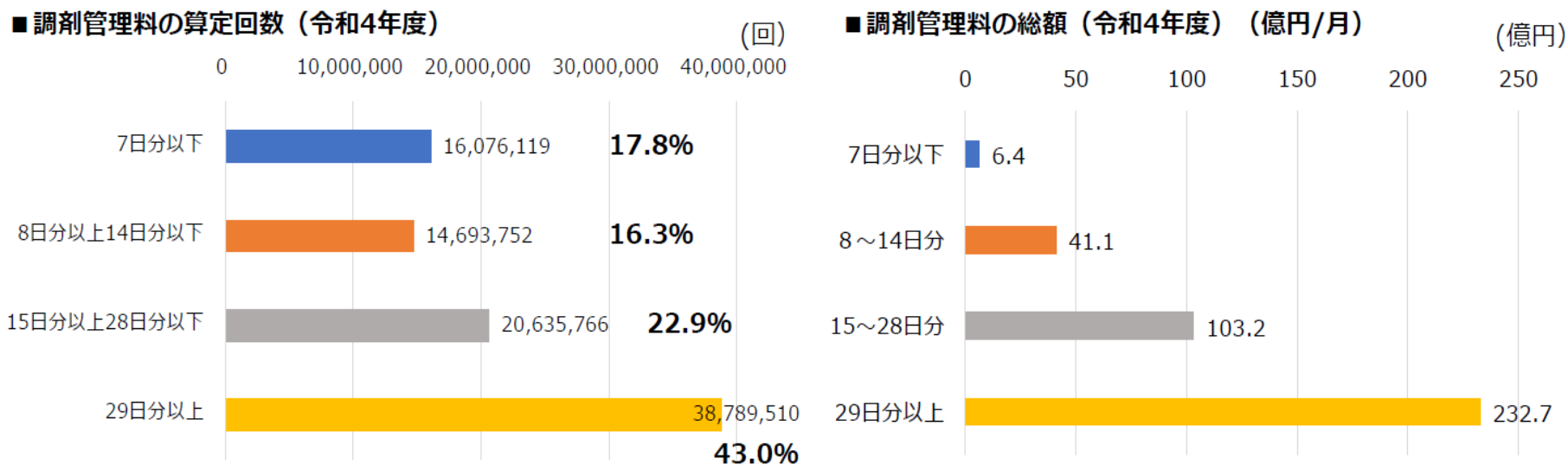
出典

※1：3. 働き方に関する調査 ②薬局の薬剤師調査

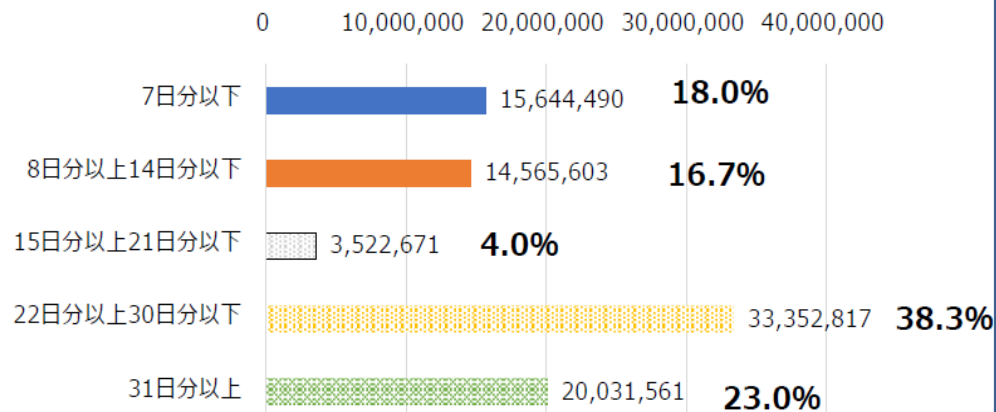
※2：2. タイムスタディ調査 ①薬局における薬剤師業務時間

調剤管理料の算定状況

○ 令和4年度改定で薬学管理料として新設された調剤管理料の日数別の算定回数及び総額は、調剤日数が多くなるほど大きくなっている。



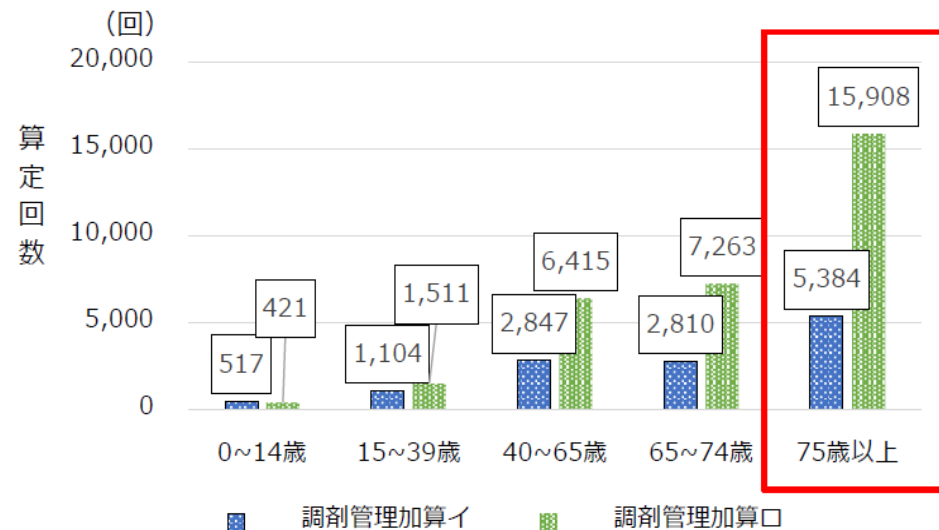
(参考) 令和3年度の調剤料の算定回数



調剤管理加算の算定状況

○ 複数の医療機関を受診し、6種類以上の内服薬を使用する患者の割合は75歳以上で多く、調剤管理加算(調剤管理料の加算)においても同様に75歳以上の算定回数が多かった。

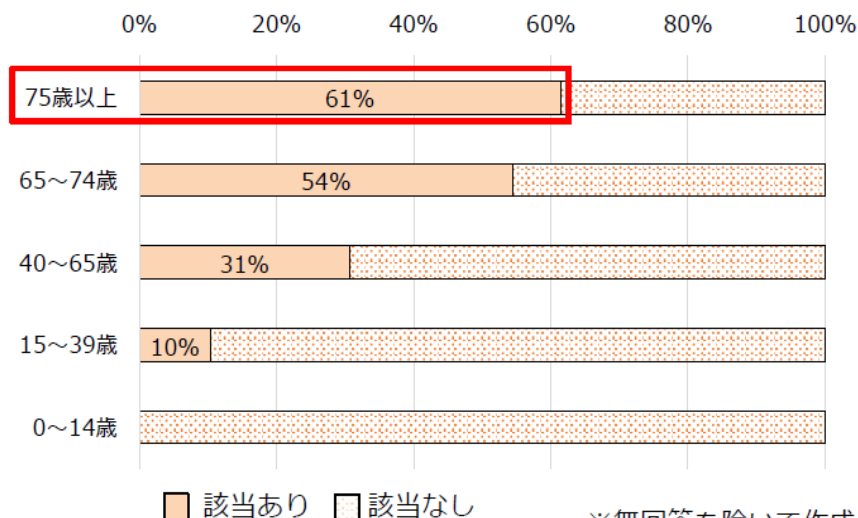
■ 調剤管理加算の算定状況※1



■ 調剤管理加算の算定割合※1

	算定回数	受付回数に占める算定割合
調剤管理加算イ (初めて処方箋持参)	12,662	0.02%
調剤管理加算ロ (2回目以降)	31,518	0.05%

■ 算定要件に該当する複数医療機関を受診し、6種類以上の内服薬を使用する患者の割合※2 (n=1,289)



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局(注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 初めて処方箋を持参した場合 3点

ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点

※無回答を除いて作成

出典：※1：社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)

※2：令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

薬局における対人業務の評価体系の見直し

- 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を新設する。

(新) 服薬管理指導料		③服薬管理指導料 (対人)
1	原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	45点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	59点
3	特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	45点
4	情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	
イ	原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	45点
ロ	イの患者以外の患者に対して行った場合	59点

[算定要件]

- 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を薬剤情報提供文書により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
- 服薬状況等を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
- 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
- これまでに投薬された薬剤のうち、服用していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。
- 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に係る情報を患者に情報提供すること。
- 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の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。
- 1の患者であって、手帳を提示しないものに対して、上記を行った場合は、2により算定する（4のイ及びロについても同様）。

薬局における対人業務の評価の充実

外来服薬支援料の見直し

- 多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。併せて、調剤料の一包化加算を廃止する。

現行

【外来服薬支援料】

185点

- 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。
- 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。
- 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

(参考)

【調剤料 一包化加算】

2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 240点

一包化加算
廃止

改定後

【外来服薬支援料】

外来服薬支援料 1

185点

外来服薬支援料 2

イ 42日分以下の場合

投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合

240点

[算定要件]

- 1については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。
- 1については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。
- 2については、**多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。**

技術料の内訳（処方箋1枚あたり）の推移

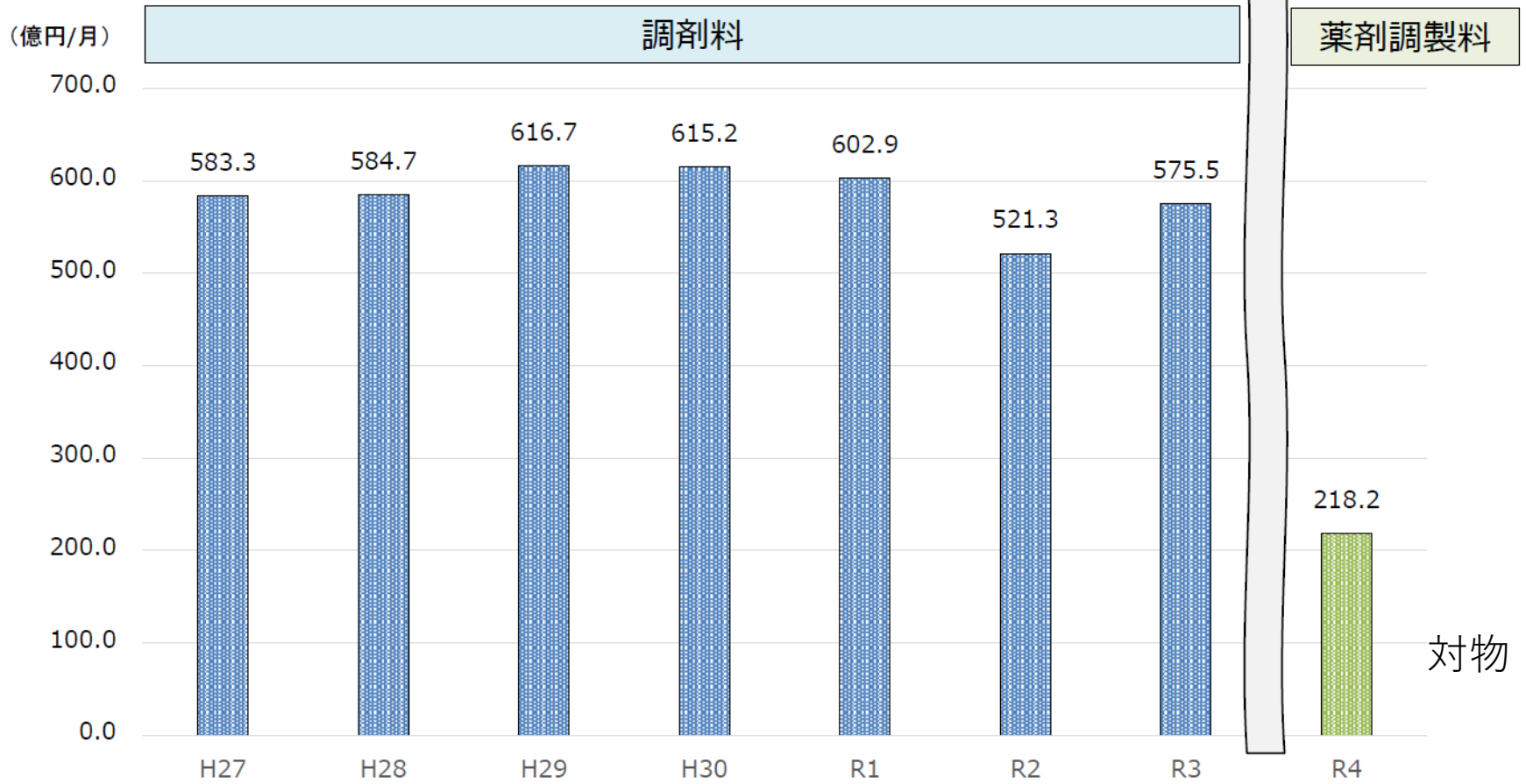
○ 処方箋1枚あたりの技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の推移は以下のとおり。



調剤料／薬剤調製料の推移

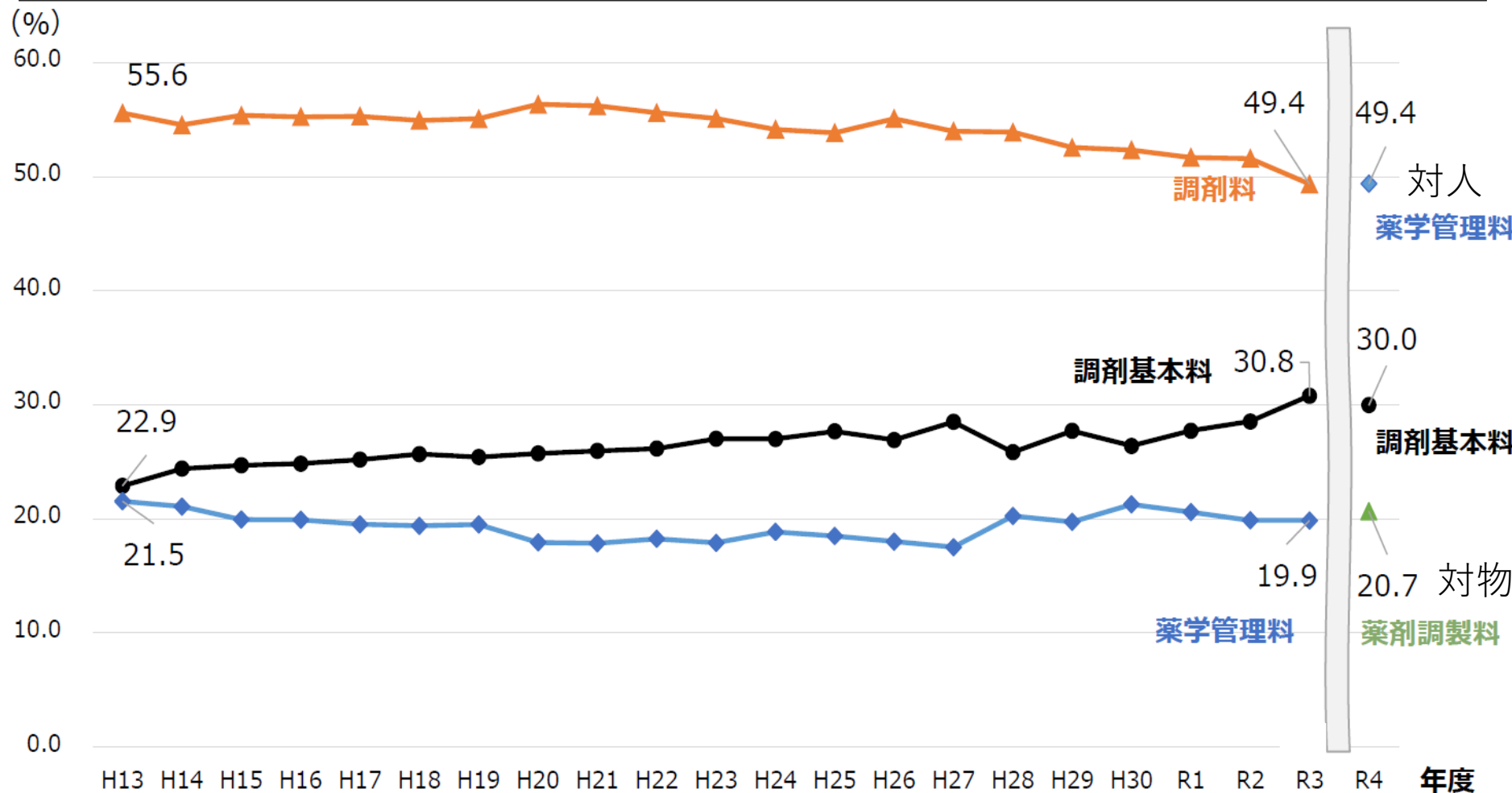
○ 内服薬の調剤料／薬剤調製料の推移(月あたりの総額)は以下のとおり。

■ 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）の調剤料・薬剤調製料の総額の推移



技術料の内訳（割合）の推移

- 技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の割合の推移は以下のとおり。
- 令和4年度改定において評価体系の見直しがあり、調剤料の一部が薬学管理料に再編されたため、令和3年度以前との比較には留意が必要であるが、対人業務の評価のシフトが進んでいる。



パート 3

服薬指導



薬局における服薬指導等の業務の主な評価（令和4年改定）

基本的な服薬指導

● 薬剤の基本的な説明

薬歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

● 患者への必要な指導

患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等を踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。（手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載する。）

● 継続的な把握等

処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の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。

➔ 服薬管理指導料（45点又は59点／1回につき）

患者・薬に応じた対応

● 乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

乳幼児等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

➔ 乳幼児服薬指導加算（12点／1回につき）

● 医療的ケア児に対する薬学的管理

医療的ケア児に対し、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

➔ 小児特定加算（350点／1回につき）

● ハイリスク薬に対する管理指導

ハイリスク薬の服用状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

➔ 特定薬剤管理指導加算1（10点／1回につき）

● 麻薬に対する管理指導

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

➔ 麻薬管理指導加算（22点／1回につき）

● 吸入薬に対する管理指導

喘息等の患者に対し吸入薬の吸入指導等を行い、その結果等を医療機関へ情報提供

➔ 吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）

追加的な対応

● 医療機関への情報提供

保険医療機関等の求めがあった場合に、必要な情報を文書により提供等した場合に算定

➔ 服薬情報等提供料（20又は30点／月1回まで、50点／3月に1回まで）

● 残薬への対応

① 自己による服薬管理が困難な患者に対し、一包化や服薬カレンダー等を用いて薬剤を整理

② 患者が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を実施（ブラウンバッグ運動）し、保険医療機関に情報提供した場合に算定

➔ 外来服薬支援料1（185点／月1回まで）

● 一包化による服薬支援

多種類の薬剤を投与されている患者等に対して、一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援

➔ 外来服薬支援料2（34点／7日分ごと、240点／43日以上）

● ポリファーマシー対策

保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行い、処方薬が2種類以上減少した場合に算定

➔ 服用薬剤調整支援料1（125点／月1回まで）

保険薬剤師が処方医に減薬等の提案を行った場合に算定

➔ 服用薬剤調整支援料2（110点又は90点／3月に1回まで）

● 調剤後のフォローアップ

薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で、抗がん剤を注射された悪性腫瘍の患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

➔ 特定薬剤管理指導加算2（100点／月1回まで）

インスリン製剤等が処方等された患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

➔ 調剤後薬剤管理指導加算（60点／月1回まで）

服薬管理指導料の経緯②

(服薬管理指導料の個別事項に関する評価：服薬管理指導料の加算)

年度	経緯
R2	<ul style="list-style-type: none"> ● 吸入薬指導加算（30点）、調剤後薬剤管理指導加算（糖尿病）（30点）新設 ● 特定薬剤管理指導加算2（抗がん剤）新設（加算1はハイリスク加算 H22年新設）
R4	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療的ケア児への評価新設（小児特定加算350点/450点） ● 調剤後薬剤管理指導加算の評価見直し（30点→60点）

服薬管理指導料	点数
原則3月以内の来局患者	45点
上記以外、上記のうち手帳を持参しない場合	59点
特別養護老人ホームの入居者に訪問した場合	45点
オンライン服薬指導（原則3月以内の患者）	45点
オンライン服薬指導（上記以外）	59点

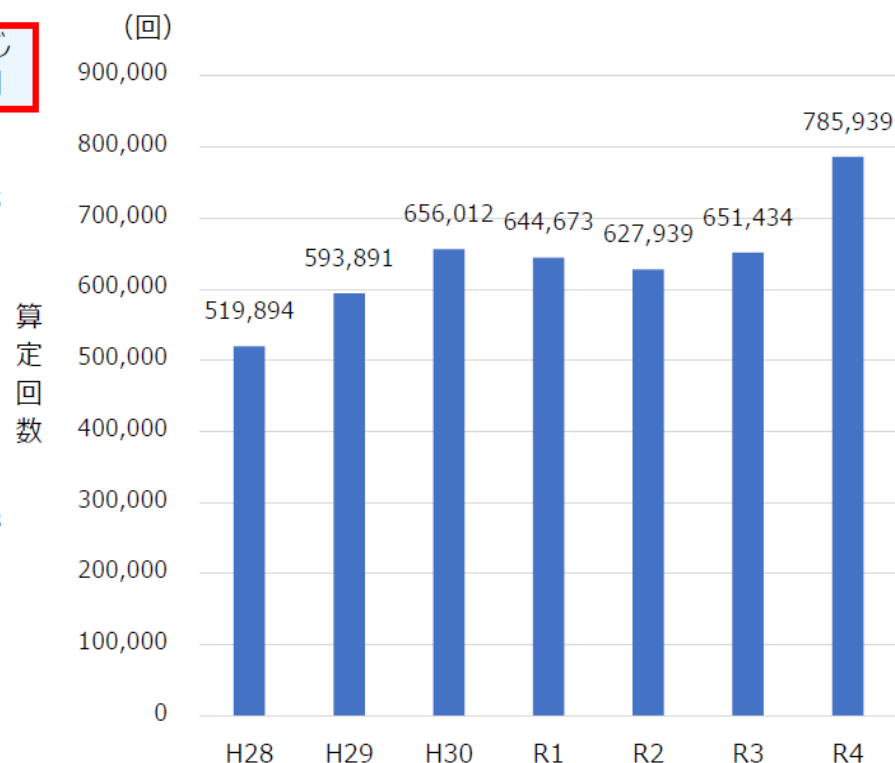
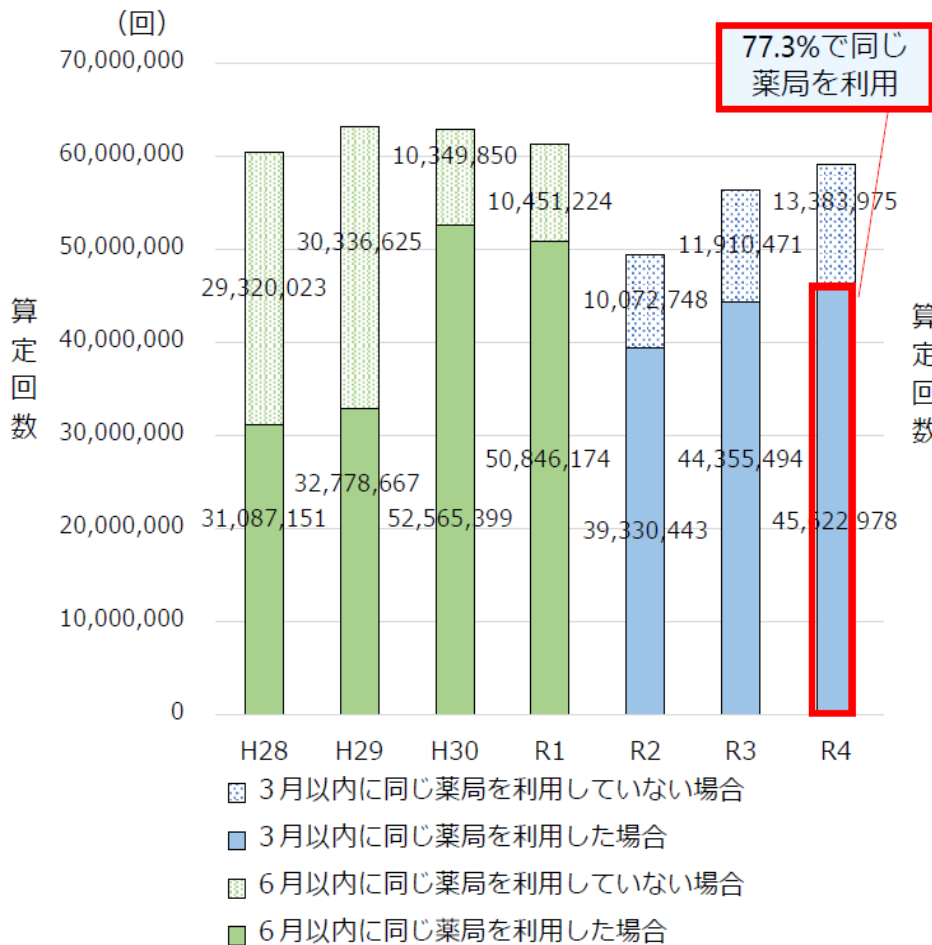
個別事項の評価	点数
乳幼児服薬指導加算	12点/1回につき
小児特定加算	350点・450点/1回につき
特定薬剤管理指導加算1（ハイリスク薬）	10点/1回につき
特定薬剤管理指導加算2（抗がん剤）	100点/月1回まで
麻薬管理指導加算	22点/1回につき
吸入薬指導加算	30点/3月に1回まで
調剤後薬剤管理指導加算	60点/月1回まで

服薬管理指導料の算定状況

- 服薬管理指導料の算定は処方箋枚数の推移と同様の傾向であり、患者が3月以内に同じ薬局を利用した場合の算定回数は全体の約8割であった。
- 特別養護老人ホームの入居者への指導は増加傾向であった。

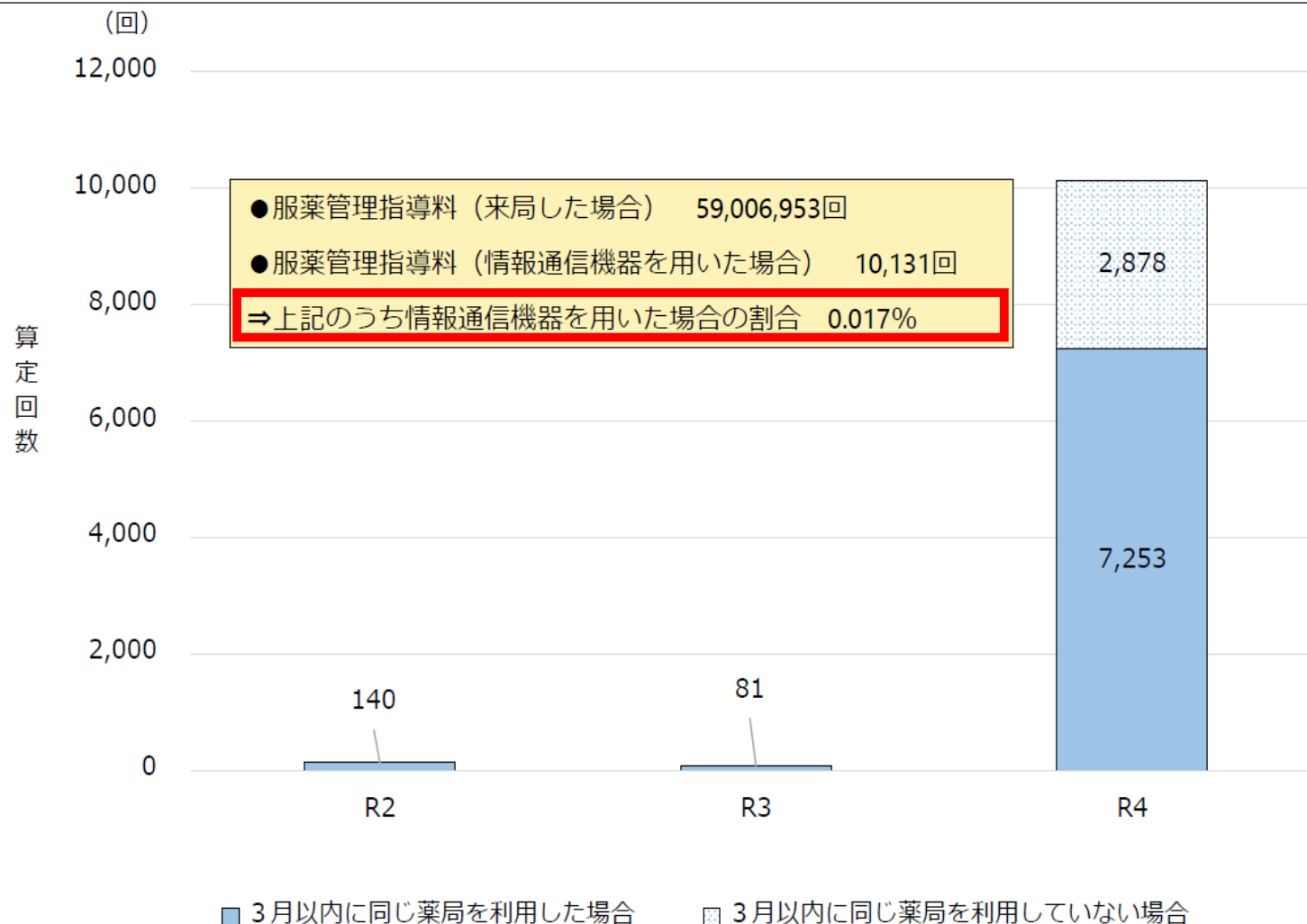
■ 服薬管理指導料の算定推移 ※R3までは薬剤服用歴管理指導料

■ 特別養護老人ホームの入居者に訪問した場合



情報通信機器を用いた服薬指導の算定状況

○ 情報通信機器を用いた服薬指導(オンライン服薬指導)の算定回数は令和4年に増加しているが、服薬管理指導料の算定回数からみると、ごくわずかである。

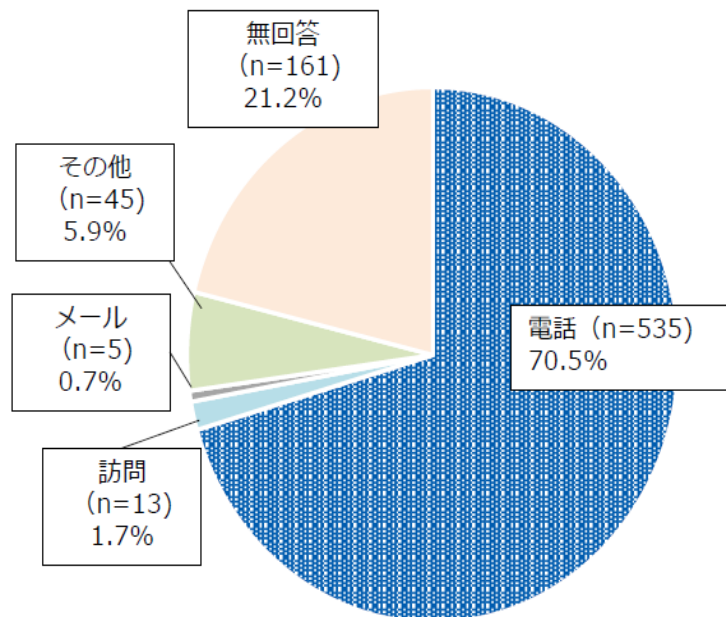


継続的な服薬指導(薬局調査)

- 約7割の薬局で、「電話」によるフォローアップが行われていた。
- フォローアップを実施することが多いのは、「新しい薬剤が追加された場合」との回答が82.2%であった。

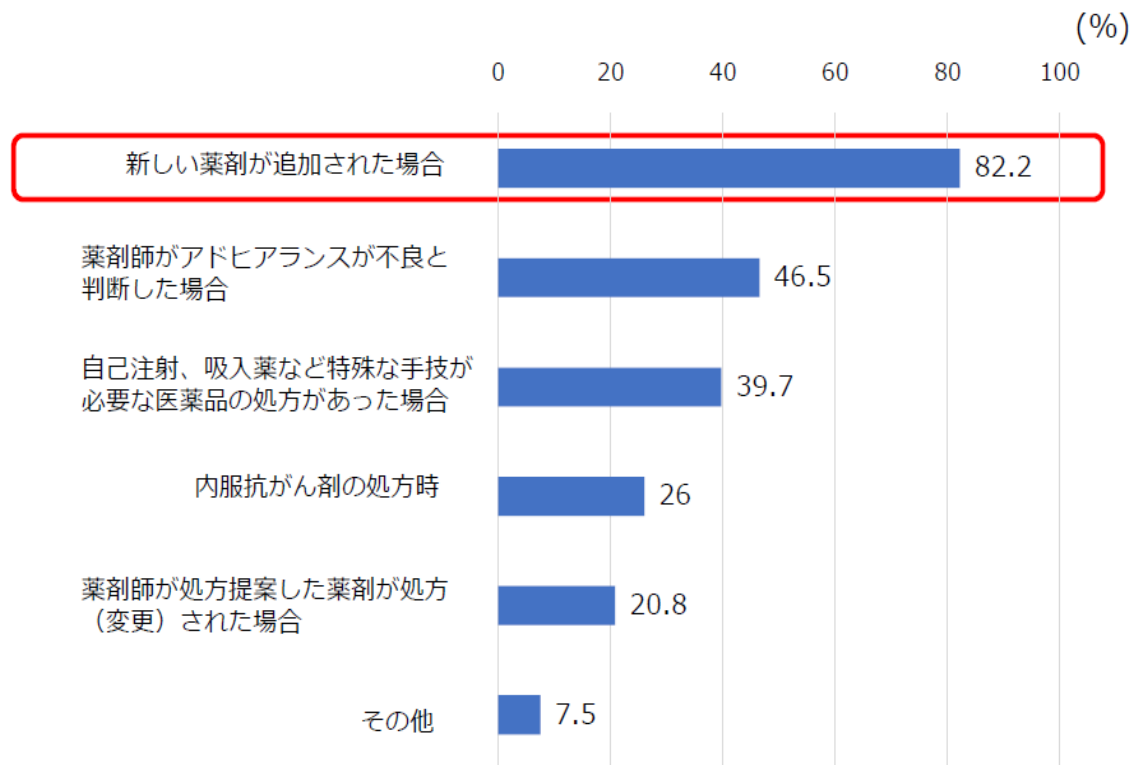
■ 患者へのフォローアップ方法 (最も多い方法を一つ選択)

n=759



■ どのような場合にフォローアップを実施することが多いか。 (複数回答)

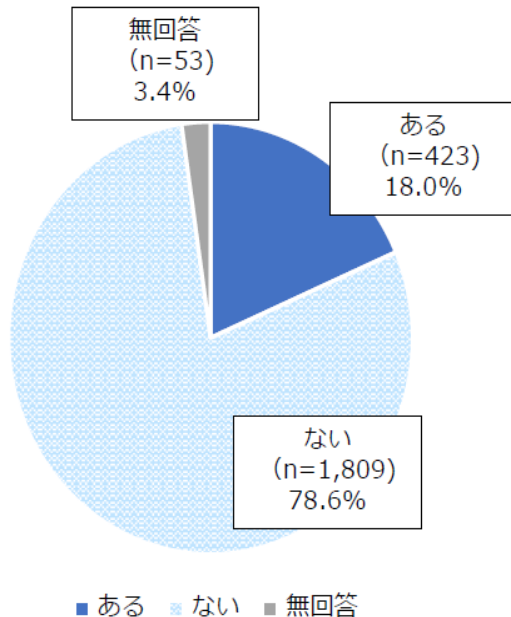
n=759



継続的な服薬指導(患者調査)

- 薬を受け取った後、薬局の薬剤師からフォローアップを受けたことがあると回答した患者は18%であった。
- 「ある」と回答した患者のうち、薬剤師によるフォローアップを受けてよかったことは「薬物治療に対する不安が解消した」、「薬物治療に対する意識が高まった」が多く挙げられ、「困っていることを医師に連絡してもらえた」との回答も挙げられていた。

■ 薬剤師によるフォローアップを受けた経験の有無
n=2,285



■ 薬剤師によるフォローアップを受けてよかったこと n=423 (%)



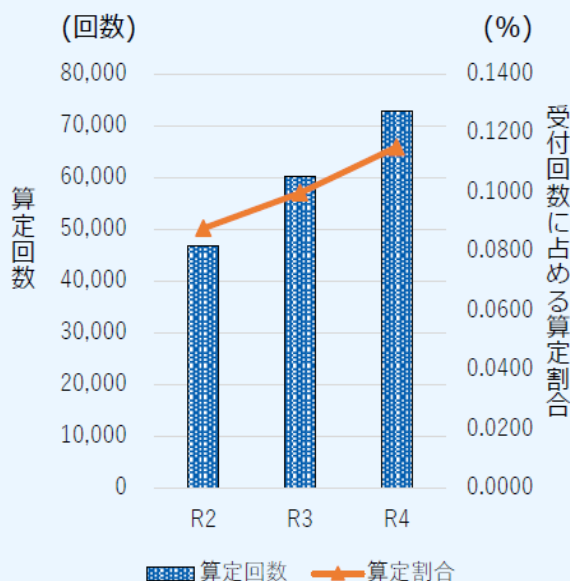
患者の状況の確認が必要な指導の算定状況

○ 患者の状況の確認が必要な吸入薬指導加算、特定薬剤管理指導加算2、調剤後薬剤管理指導加算の算定回数は、新設された令和2年度以降、増加している。

■ 吸入薬の手技の確認・指導

吸入薬指導加算

※医師に指導結果を報告する

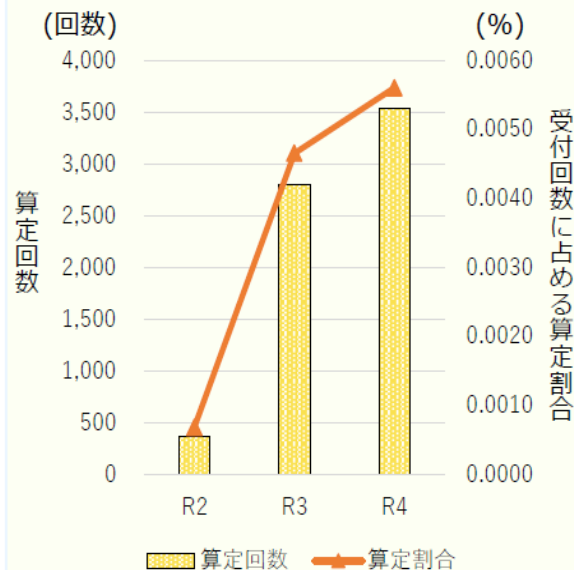


■ がん患者の副作用等のフォローアップ

特定薬剤管理指導加算 2

(がん患者に対する質の高い医療の提供の評価)

※次回の診療時までの患者の状況を医療機関に情報提供する

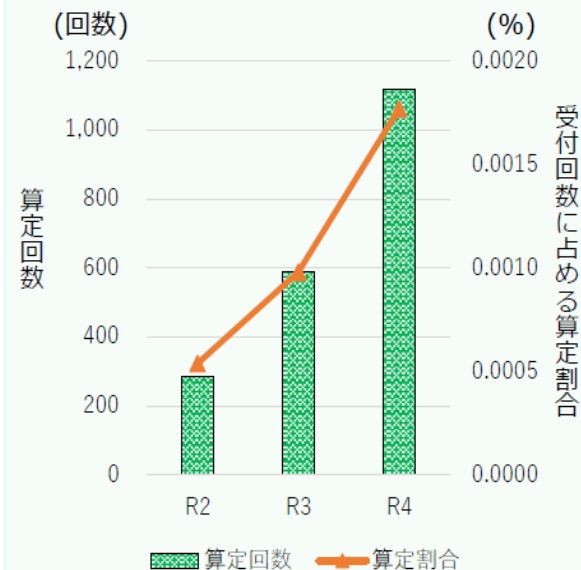


■ 糖尿病薬の副作用等のフォローアップ

調剤後薬剤管理指導加算

(糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認)

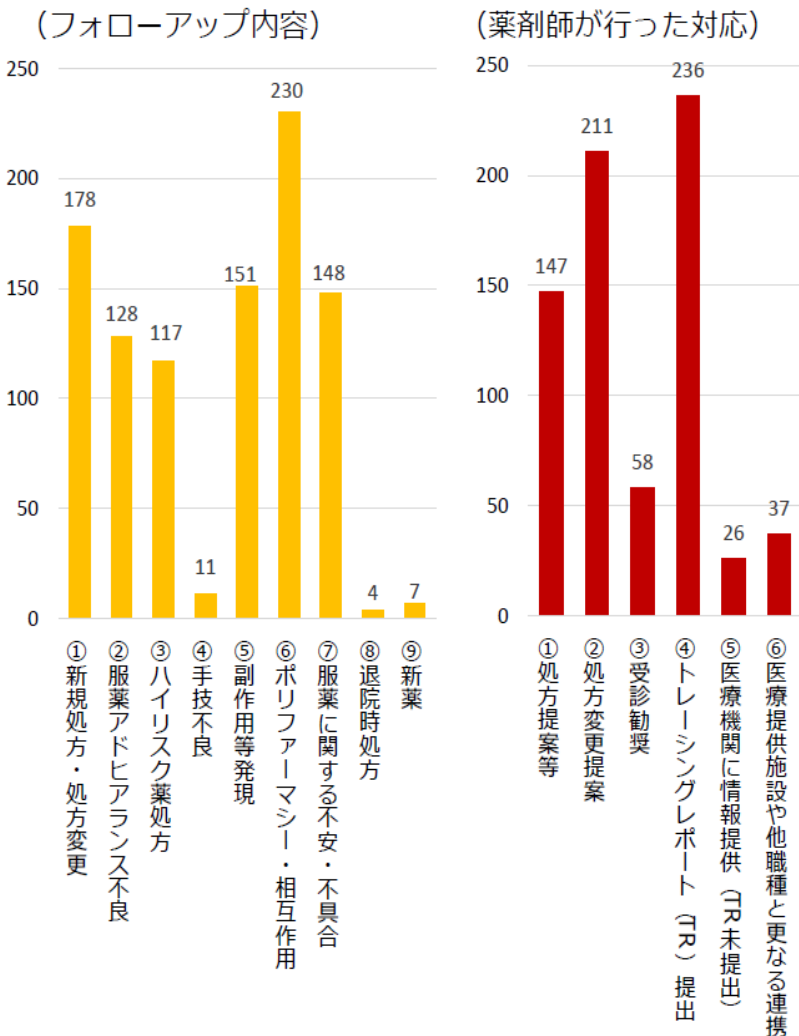
※電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告する



継続的服薬指導（フォローアップ）の実施・効果等

○ 継続的服薬指導を行った事例を分析したところ、副作用の確認により処方変更された事例など、特に安全性の観点での対応がなされており、薬剤師が介入することによる効果が認められている。

■ 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 一包化のみ変更	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 ・薬剤師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見にむすびついたもの	66
		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%）

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

- 保険薬局において、医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。

[算定対象]

児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者（18歳未満の患者）

【服薬管理指導料】

（新） 小児特定加算 350点

[算定要件]

調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合に加算する。

※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

（新） 小児特定加算 450点

[算定要件]

患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に加算する。

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人（推計）

児童福祉法

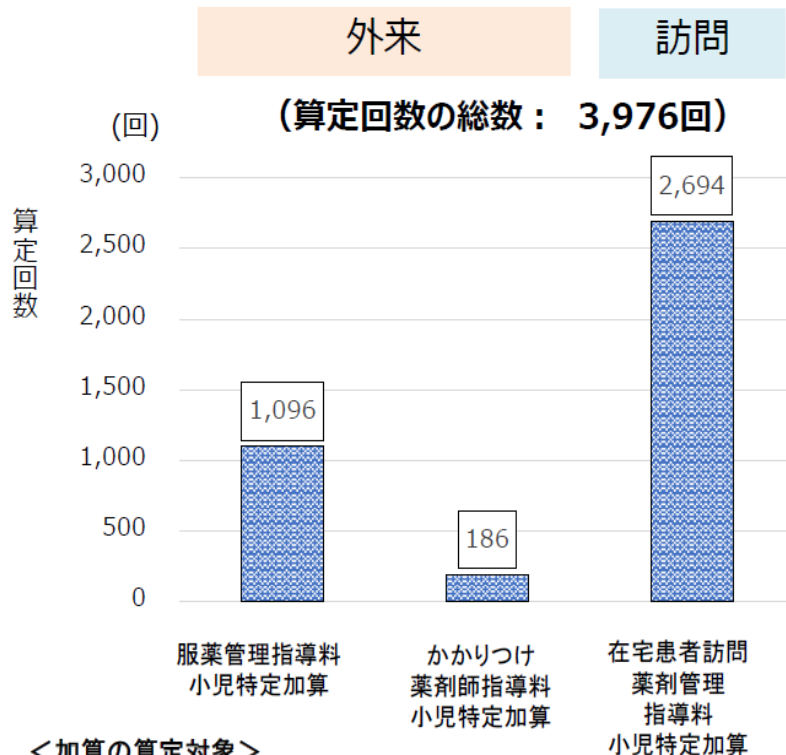
第五十六条の六 第二項

地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

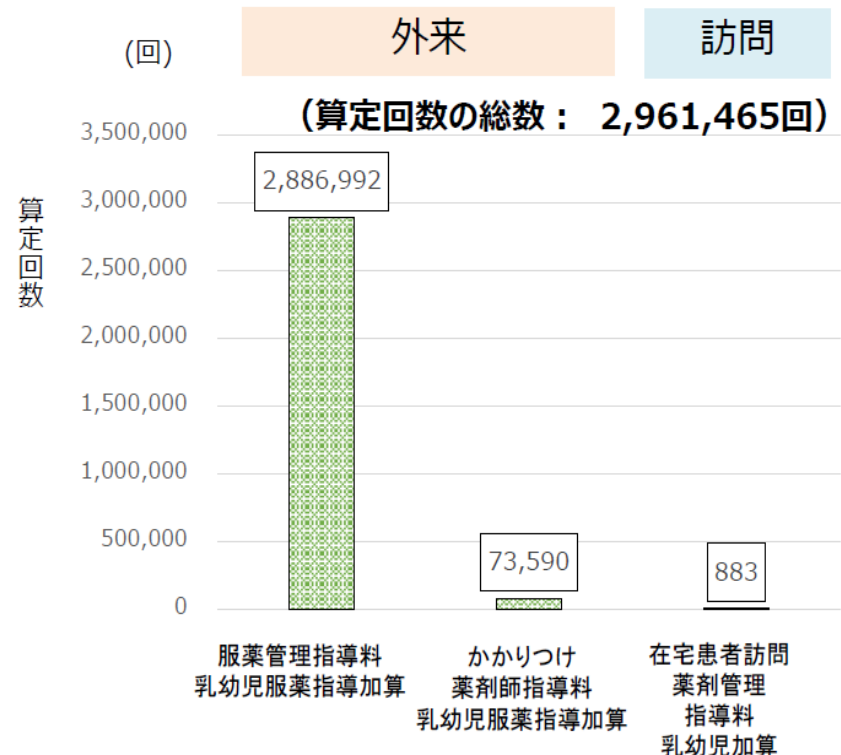
小児特定加算の算定状況

- 令和4年度改定で新設された小児特定加算は、訪問薬剤管理指導における算定が約7割を占めている。
- 一方、従来から評価されている乳幼児に対する服薬指導では外来における算定が大半である。

■ 小児特定加算の算定状況



■ 乳幼児服薬指導加算・乳幼児加算の算定状況



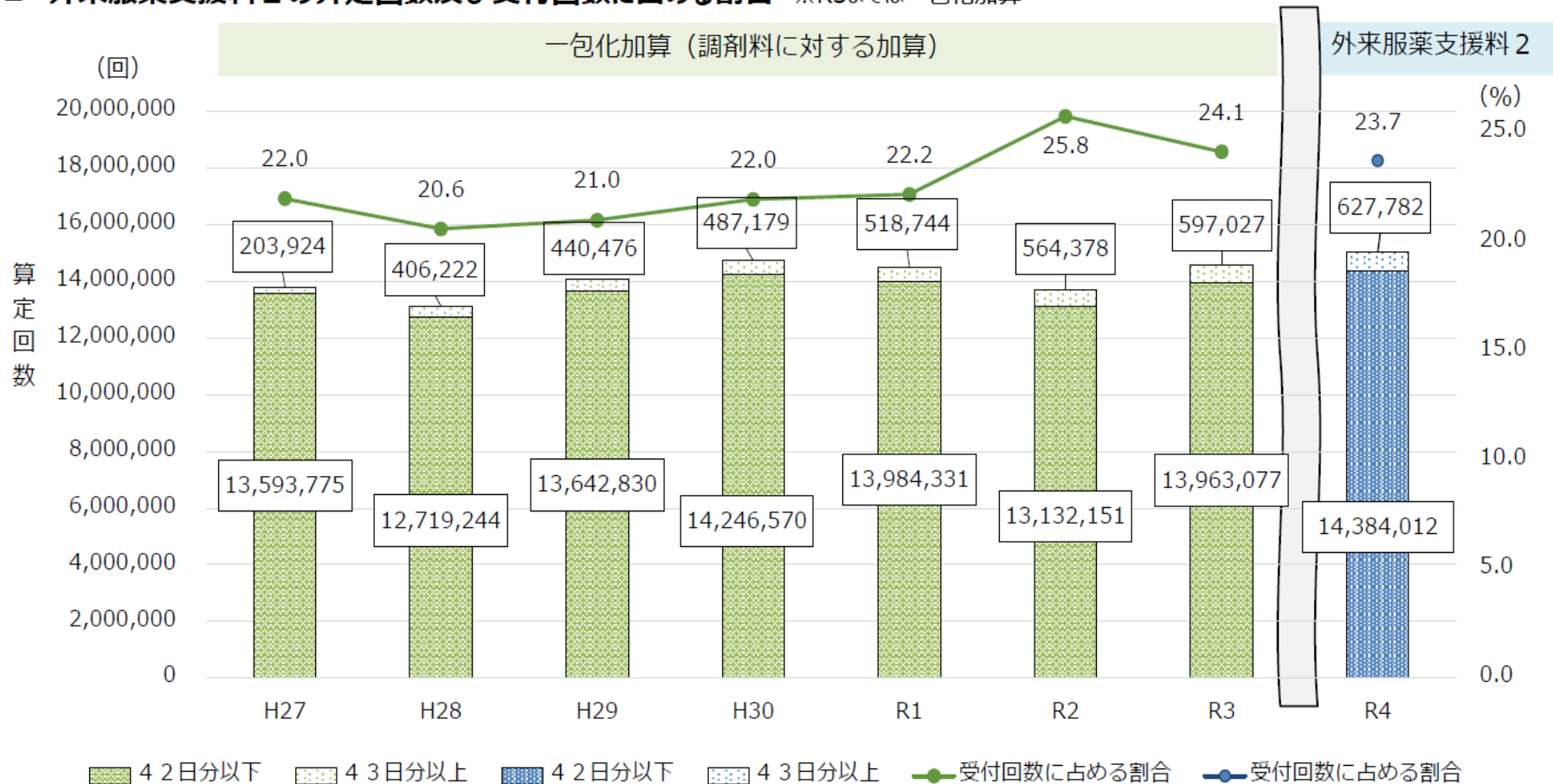
<加算の算定対象>

小児特定加算	児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者 (18歳未満の患者)
乳幼児服薬指導加算・ 乳幼児加算	6歳未満の乳幼児

一包化を伴う服薬管理支援の状況①

- 令和4年度改定において一包化に係る業務に関しては、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価として新設。
- 令和4年度の算定回数は一包化加算の算定と同程度で推移しており(前年比で約3%増)、42日分以下の算定が大半である。処方箋の総受付回数のうち、これらの服薬管理を支援している割合は23.7%。

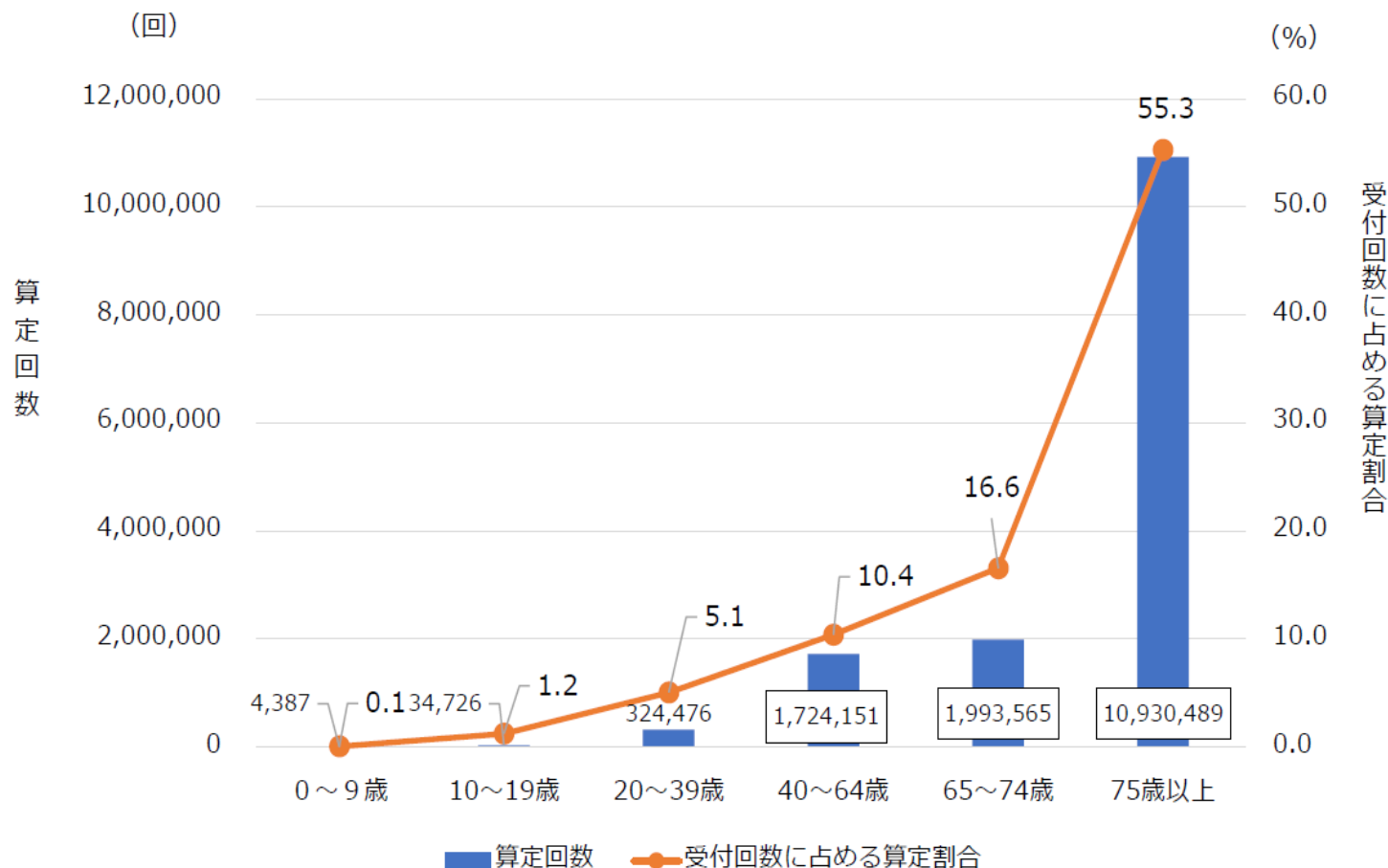
■ 外来服薬支援料2の算定回数及び受付回数に占める割合 ※R3までは一包化加算



一包化を伴う服薬管理支援の状況②

○ 一包化を伴う服薬管理支援は、高齢になるにつれて算定回数、算定割合ともに多く、75歳以上では全体の55.3%で実施されていた。

■ 外来服薬支援料2の算定回数及び受付回数に占める算定割合（令和4年：年齢別）



テーマ8. 薬剤管理(再掲)

(テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携)

- DXの検討に当たっては、歯科診療所や薬局等も含めた検討が必要。また、介護DXは、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めるべき。
- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。

(テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療)

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(テーマ4: 高齢者施設・障害者施設等における医療)

- 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(テーマ5: 認知症)

- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。

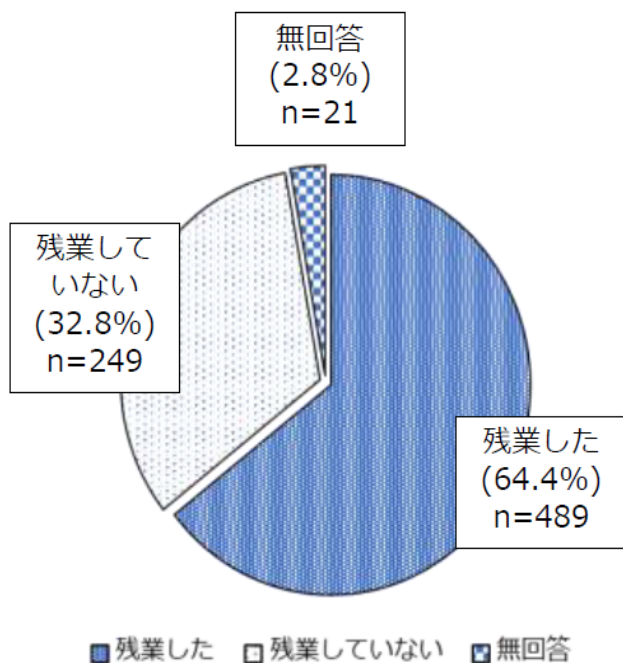
(テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護)

- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。

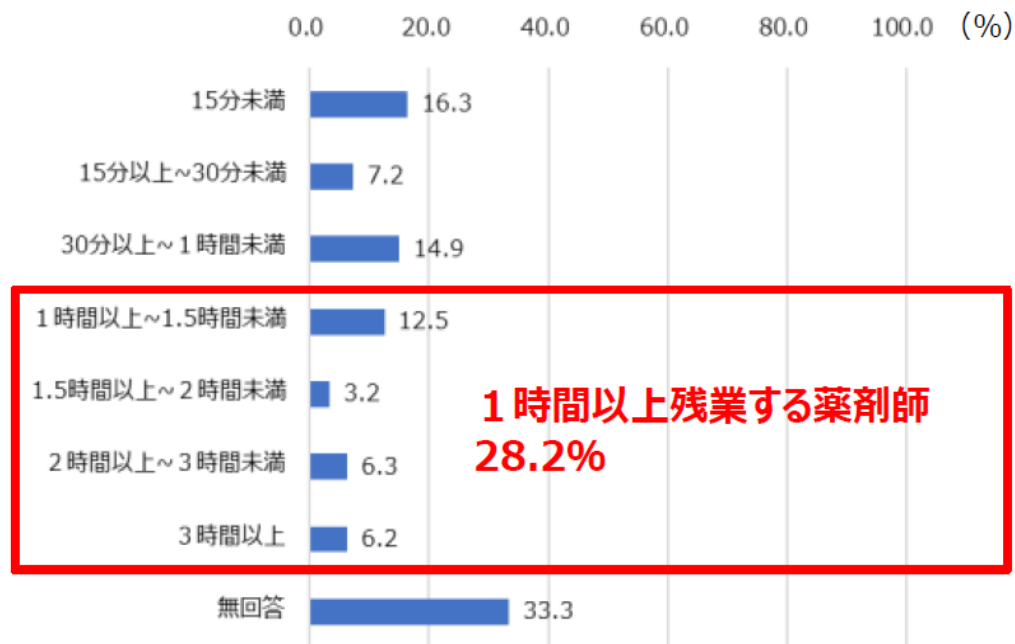
薬剤服用歴等の記録のための残業

- 薬剤服用歴等の記録のためだけに残業を行ったことがある薬局は6割以上であった。
- 薬剤服用歴等の記録のための薬剤師1人あたりの平均残業時間(1週間あたり)は、1時間以上の残業が全体の約3割を占めており、3時間以上要する薬剤師も一定割合存在する。

■ 直近1週間で、薬剤服用歴等の記録のためだけに残業を行った有無 (n=759)



■ 直近1週間で、薬剤服用歴等の記録のための薬剤師1人あたりの平均残業時間 (n=759)



薬局における医薬品の供給問題の影響②

- 医薬品に供給に大きな問題が生じている状況で、薬局では日常的に追加的な業務負担（1日当たり平均98.1分）が発生している。

※医療課注（R5.7）

薬剤師は調剤に関連する業務以外も行っているが、現在は安定供給の問題もあり、昨年12月の調査ではかなりの業務時間増になっている。安定供給の問題は現在も継続しているため、この傾向は変わっていないと考えられる。

○今回の供給問題が薬局における業務への影響

- **約99%の薬局において追加業務負担あり**と回答（283薬局/286薬局）

追加的に発生している業務の内容と時間（1日平均）

薬局における追加業務負担（各薬局1日平均）		98.1分	283薬局
各業務の状況	在庫管理に関する対応 （在庫数の増加に伴う管理負担の増加、在庫確認回数の増加など）	29.2分	274薬局
	発注・納品に関する対応 （発注作業の回数増加、確認作業の増加など）	29.4分	281薬局
	患者への説明 （供給状況や不足薬・変更薬に関する追加説明、苦情対応の増加など）	20.1分	272薬局
	医師への対応 （処方変更・処方日数の相談、変更調剤の情報提供、入荷・在庫状況の共有など）	17.0分	266薬局
	その他	30.1分	54薬局

「その他」の具体例

- ・ 求めている医薬品を購入できる卸の探索
- ・ MSやMRとの話し合いによる在庫確保
- ・ 他薬局との協力対応、在庫の融通の交渉
- ・ 医師への在庫情報の提供
- ・ レセコンデータの更新、修正作業
- ・ スタッフへの採用医薬品の変更などの周知徹底
- ・ 患者への不足薬の郵送や配達回数の増加
- ・ 薬局内での供給情報の共有
- ・ メーカー等からの情報の把握・整理

など

※日本薬剤師会 医薬品の供給状況に関する緊急アンケート結果より（実施期間：令和4年12月2日～7日、回答数：286薬局）

パート4

薬局の体制

- ①調剤基本料
- ②地域支援体制加算
- ③敷地内薬局
- ④後発医薬品

①調剤基本料



薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある

医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- 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を評価

体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定

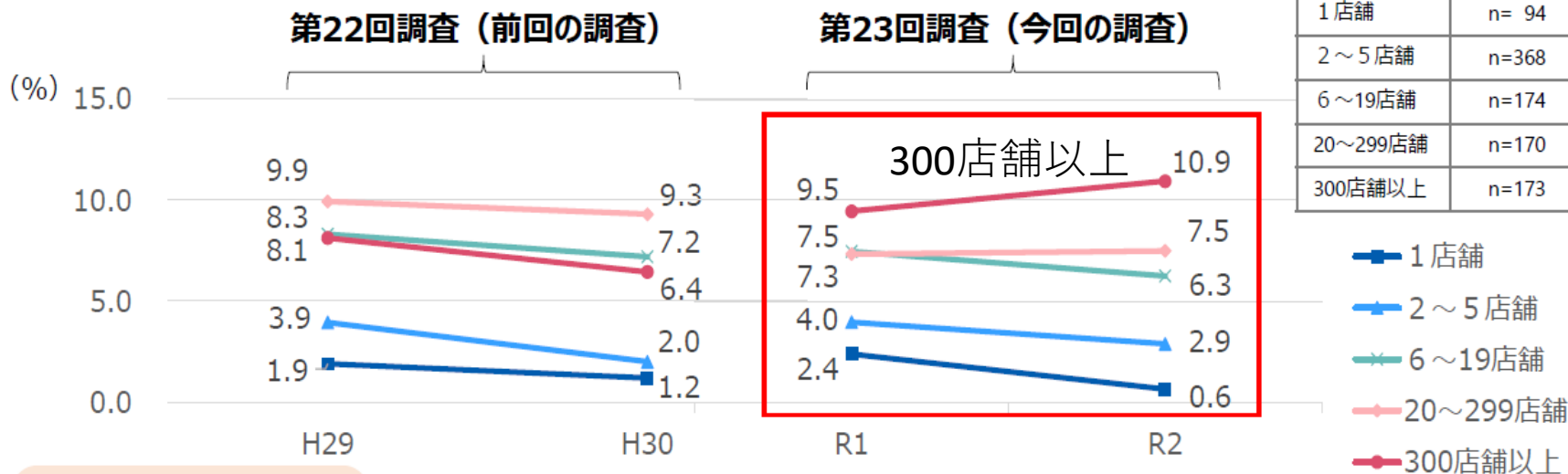
＜施設基準＞

- (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
⇒ 調剤基本料等に応じ、段階的な基準を設定
 - (2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
 - (3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
 - (4) 一定時間以上の開局
 - (5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
 - (6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
 - (7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
 - (8) 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
 - (9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
 - (10) 医療安全に資する取組実績の報告
 - (11) 集中度85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上
- 災害時・新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制整備を行う薬局を評価
- 地域支援体制加算の上乗せとして連携強化加算を設定
- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価
- 後発医薬品の調剤数量割合に応じて後発医薬品調剤体制加算を設定

法人店舗数別の薬局の損益率、損益差額の推移

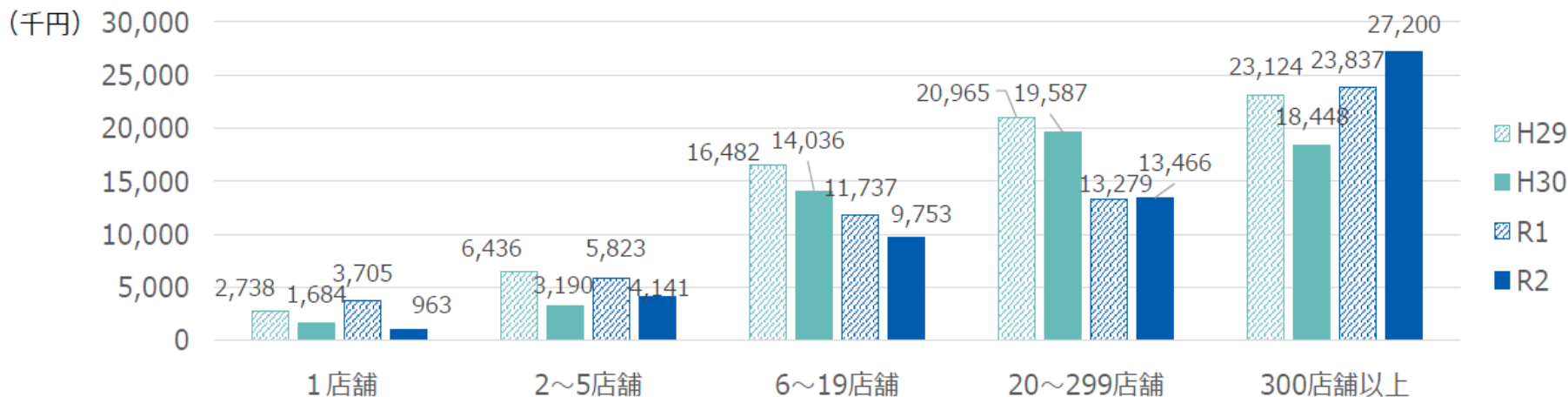
- 令和2年度改定後は20店舗以上の薬局では損益率が増加しているが、それ以外の薬局では損益率は減少している。
- 損益差額は、300店舗以上の場合が最も大きい。

損益率※（税引前）



	H29～H30	R1～R2
1店舗	n= 94	n= 95
2～5店舗	n=368	n=256
6～19店舗	n=174	n=161
20～299店舗	n=170	n=197
300店舗以上	n=173	n=154

損益差額*（税引前）



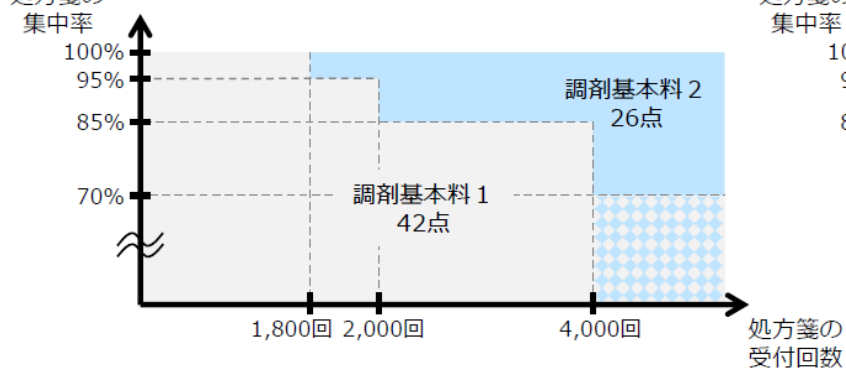
調剤基本料の見直し

大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

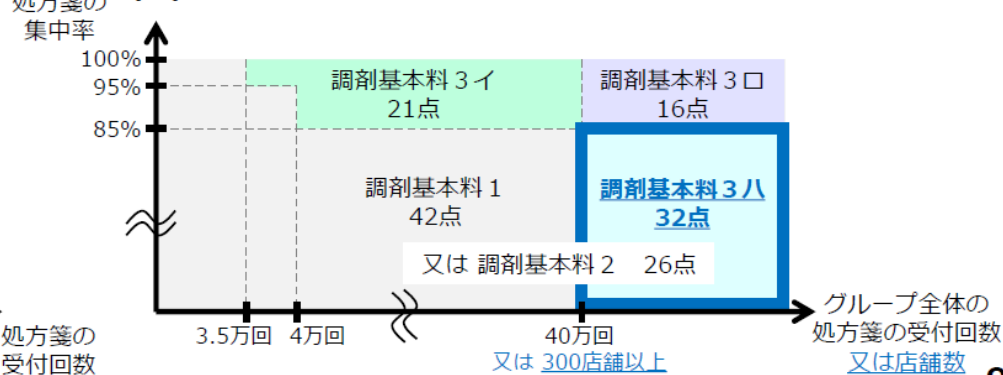
- 調剤基本料3の口の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%を超える薬局を追加するとともに、85%以下の場合の評価を新設する。

	要件		点数	
	処方箋受付回数等	処方箋集中度		
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外		42点	
調剤基本料2	① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ -	26点	
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回	85%超	
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%超	16点
	(新)ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%以下	32点

(1) 大型チェーン薬局以外



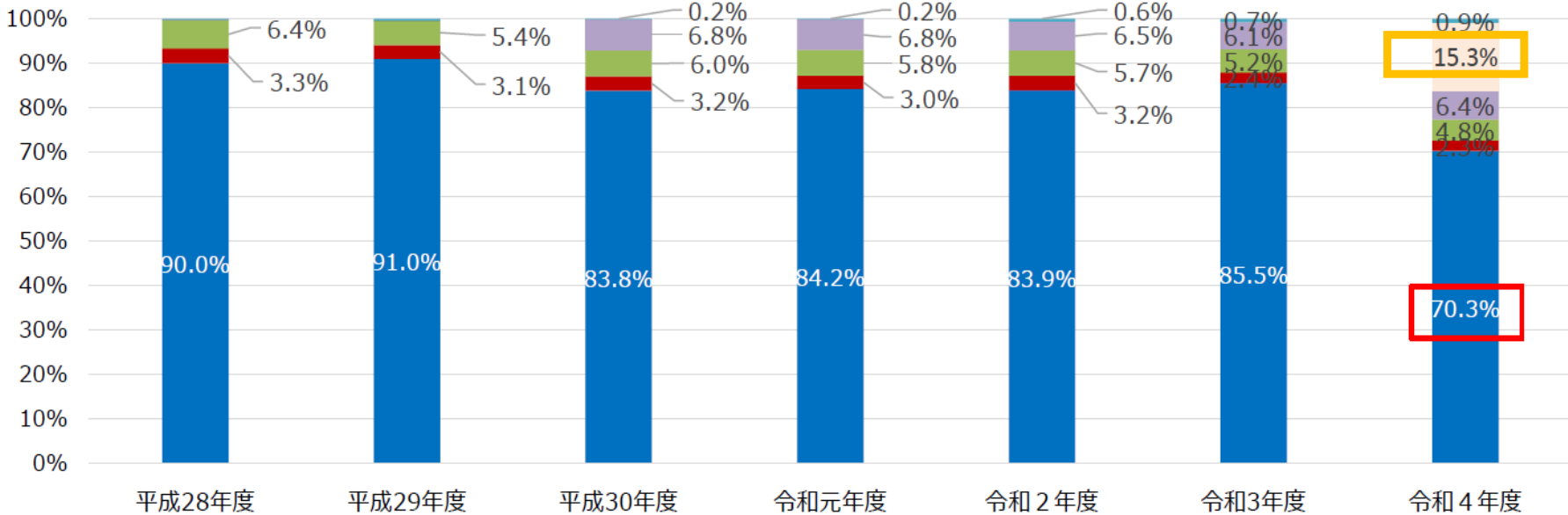
(2) 大型チェーン薬局



調剤基本料の構成比の推移等

- 調剤基本料1を算定する薬局の割合は年々減少しており、令和4年度改定により新設された基本料3ハの割合が15.3%になったことに伴い、基本料1は70.3%まで低下した。
- 算定回数については、調剤基本料1の占める割合は令和4年度では約64%であった。

各調剤基本料の構成比の推移 (平成28年度～平成29年度：各年度末時点の施設基準の届出状況、平成30年度～令和2年度：各年度6月の算定薬局数)



■ 調剤基本料1 (平成28年度～)

■ 調剤基本料2 (平成28年度～)

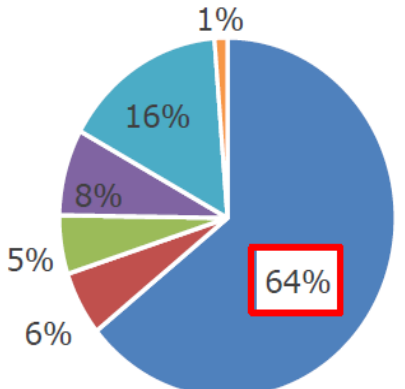
■ 調剤基本料3 (平成28年度～29年度) / 調剤基本料3イ (平成30年度～)

■ 調剤基本料3ロ (平成30年度～)

■ 調剤基本料3ハ (令和4年度～)

■ 特別調剤基本料 (平成28年度～)

各調剤基本料の算定回数の割合 (令和4年6月審査分)



■ 調剤基本料1

■ 調剤基本料2

■ 調剤基本料3イ

■ 調剤基本料3ロ

■ 調剤基本料3ハ

■ 特別調剤基本料

出典：

○各調剤基本料の構成比の推移

・平成28年度から平成29年度：保険局医療課調べ（各年3月31日時点の届出状況）

・平成30年度から令和4年度：NDBデータ（各年6月時点の算定薬局数）

○算定回数の割合：社会医療診療行為別統計（令和4年6月審査分）

日本経済新聞

調剤6社の営業利益率、23年度は全社悪化 報酬改定響



[小売り・外食](#)

+ フォローする

2023年9月11日 21:00 [会員限定記事]



保存



調剤薬局関連6社の収益率が悪化傾向にある。2023年度の売上高営業利益率は全社が22年度を下回りそうだ。[アインホールディングス](#)（HD）など専業大手の落ち込みが目立つ。22年4月の調剤報酬の改定が直撃し他事業で吸収できていないためだ。今後も報酬減が見込まれる中、各社の対策が焦点になる。

落ち込みが大きいのが[日本調剤](#)。営業利益率は1.9%と最低水準で直近ピークの15年度（4.8%）の半分以下の見通し...

②地域支援体制加算

地域支援体制加算とは「地域医療に貢献する薬局を評価するための加算」

2018年の調剤報酬改定により基準調剤加算が廃止され、地域支援体制加算として新設された

地域医療に貢献する薬局の評価

- 地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、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体系に見直す。

※青字は変更部分

【地域支援体制加算の施設基準】

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 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
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

(1 薬局当たりの年間の回数)

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 **12回以上**
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

(①～⑧は処方箋受付1万回当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数)

- ① 夜間・休日等の対応実績 **400回以上**
- ② 麻薬の調剤実績 **10回以上**
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 **40回以上**
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 **40回以上**
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 **12回以上**
- ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 **1回以上**
- ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 **60回以上**
- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

調剤基本料1

地域支援体制加算1 38点 ⇒ **39点**

①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。

(新) 地域支援体制加算2 **47点**

地域支援体制加算1の要件を満たした上で、①～⑨のうち3つ以上を満たすこと。

調剤基本料1以外

(新) 地域支援体制加算3 **17点**

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む3つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算4 38点 ⇒ **39点**

①～⑨のうち、8つ以上を満たすこと。

【経過措置】

- 令和4年3月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局で、在宅薬剤管理の実績を満たしていると届出を行っている場合は令和5年3月31日まで当該実績を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で調剤基本料1を算定している保険薬局であって同日後に調剤基本料3の八を算定することになった薬局については令和5年3月31日まで調剤基本料1を算定しているものとみなす。

地域支援体制加算の施設基準

- **(1)地域支援体制加算 1 39点**
 - イ 調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。
 - ロ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。
 - ハ 地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。
- **(2)地域支援体制加算 2 47点**
 - イ (1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。
 - ロ 地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。
- **(3)地域支援体制加算 3 17点**
 - イ 調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。
 - ロ 地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。
 - ハ (1)のハに該当する保険薬局であること。
- **(4)地域支援体制加算 4 の施設基準 39点**
 - (2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。

(1) (2) は調剤基本料 1,
(3) (4) は調剤基本料 1 以外

地域支援体制加算を4区分にしたワケ

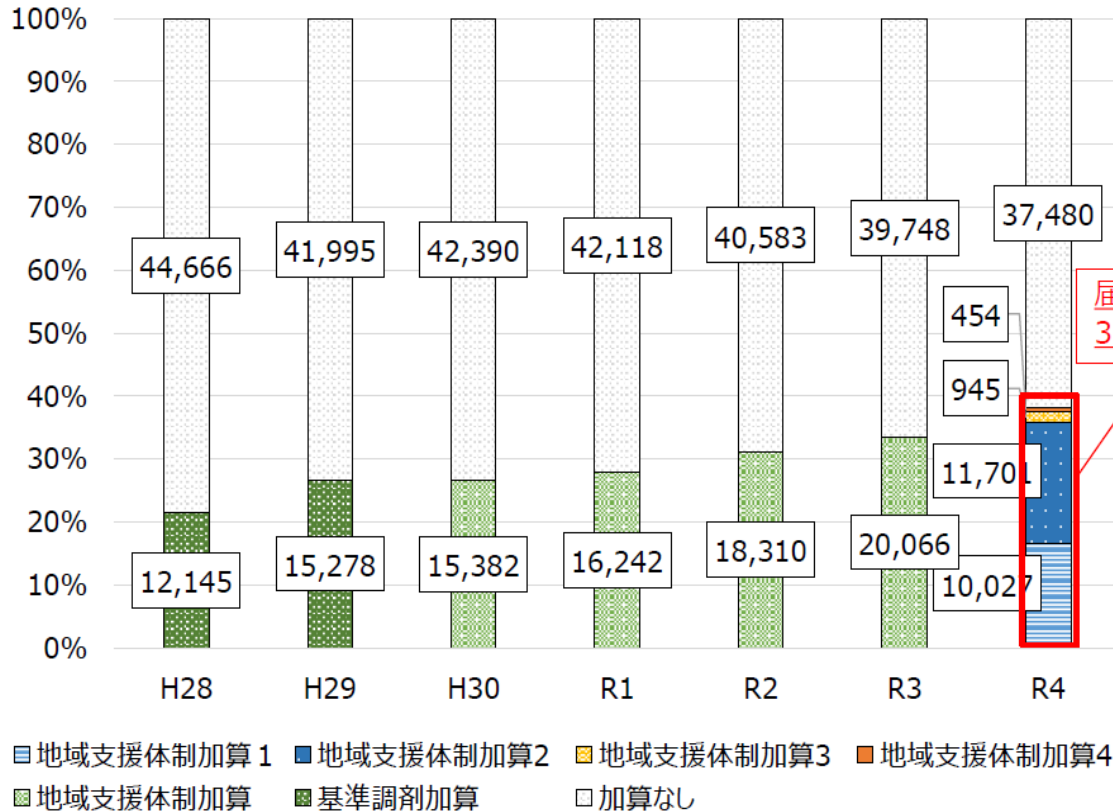
- 地域支援体制加算の趣旨
 - かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域医療に貢献する薬局の体制等を評価する
 - 調剤基本料の区分によらない共通の施設基準（一定の開局時間、在宅体制整備等）
 - 調剤基本料の区分により一定の差がある実績等
- 4区分の趣旨
 - 4区分の内訳は調剤基本料1で2区分、調剤基本料1以外で2区分に分けた
 - 店舗ごとの実績要件を求める区分
 - 処方箋受け付け回数ごとに実績要件をカウントする設定を設けた
 - 実数で規定せざるを得ない実績要件の調剤基本料間の公平感を出したものの

2018年改定、2020
年改定をへて緩和傾
向にある

地域支援体制加算の現状等

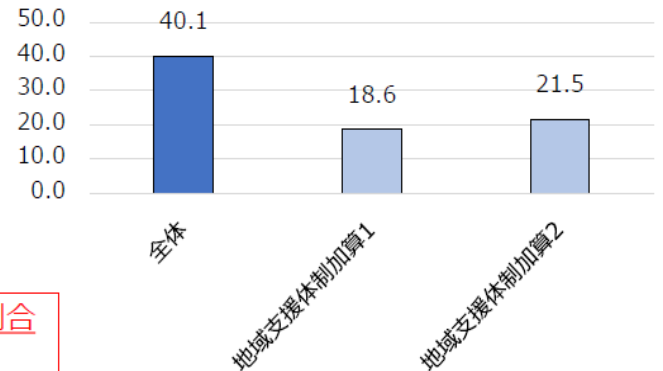
- 地域支援体制加算の届出をしている薬局は令和4年度で38.2%であり、増加傾向である。
- 調剤基本料1の薬局では約4割、調剤基本料1以外の薬局では約3割が届出をしている。

■ 地域支援体制加算の構成比の推移 ※H29までは基準調剤加算



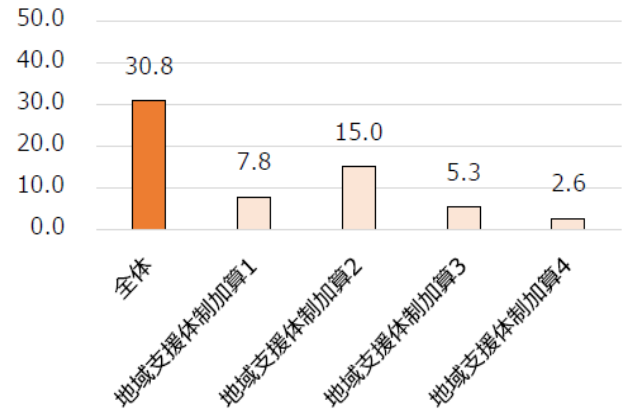
■ 調剤基本料1の届出状況

(令和4年7月1日定例報告において無回答の項目については集計から除いた)



■ 調剤基本料1以外の届出状況

(令和4年7月1日定例報告において無回答の項目については集計から除いた)



届出割合
38.2%

※ 経過措置：令和4年度は経過措置により基本料3ハの薬局でも基本料1を算定可能としている

③パート 敷地内薬局



保険薬局における構造設備規制の見直しと敷地内薬局

	経緯
H8まで	<ul style="list-style-type: none"> ● 第二薬局問題への対応 「処方せんの受入れ体制の整備について」昭和50年1月24日付け薬発第37号厚生省薬務局長通知（抜粋） <u>調剤専門薬局の許可に当つては、調剤専門薬局も薬事法に基づく薬局であり、構造的、機能的、経済的に、医療機関から独立した機関であることを本旨とすべきであり、この点につき、十分留意すること。</u> ● 経営の一体性禁止 「調剤薬局の取扱いについて」昭和57年5月27日付け薬発第506号・保発第34号厚生省薬務・保険局長連名通知（抜粋） 1 調剤薬局としての適格性 <u>総合的に判断して医療機関に従属し、医療機関の調剤所と同様とみられるものについては、保険薬局としての適格性に欠けるものであること。</u>
H8	<ul style="list-style-type: none"> ● 構造上の一体性禁止 平成8年3月8日付け保険発第22号厚生省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知（抜粋） （「一体的な構造」の解釈） <u>保険医療機関と一体的な構造とは、保険薬局の土地又は建物が保険医療機関の土地又は建物と分離しておらず、公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来するような形態のものをいうものであること。</u>
2016年 H28	<ul style="list-style-type: none"> ● 構造設備規制の見直し（いわゆるフェンス規制の廃止） 平成28年3月31日付け保険発0331第6号厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知（抜粋） （「一体的な構造」の解釈（改正後）） 保険医療機関と一体的な構造とは、次のアからウまでに掲げるような構造を指すものである。 ア <u>保険医療機関の建物内にあるものであって、当該保険医療機関の調剤所と同様とみられるもの</u> イ <u>保険医療機関の建物と専用通路等で接続されているもの</u> ウ <u>ア又はイに該当しないが、保険医療機関と同一敷地内に存在するものであって、当該保険薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの、当該保険医療機関の休診日に公道等から当該保険薬局に行き来できなくなるもの、実際には当該保険医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの等、患者を含む一般人が当該保険薬局に自由に行き来できるような構造を有しないもの</u>
H30	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別調剤基本料（10点）新設 ※特定の医療機関と不動産取引の関係があることその他の特別な関係を有しているもの
R2	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別調剤基本料の見直し（10点→9点）等
R4	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別調剤基本料の見直し（9点→7点）、調剤基本料の加算の評価見直し 等

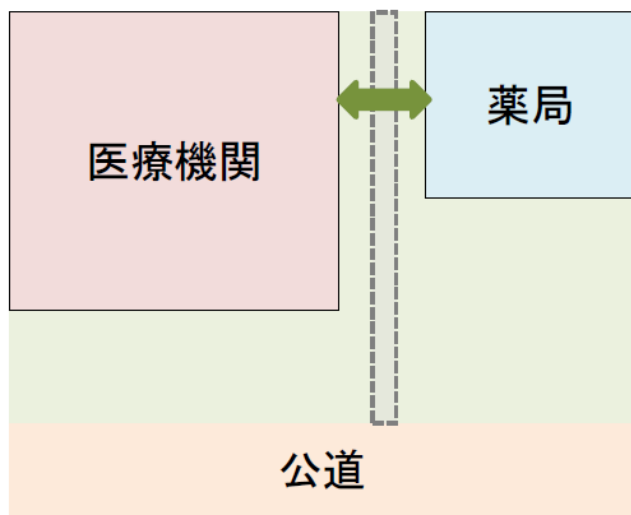
規制改革会議

(参考) 医療機関の敷地内に薬局を開設する場合のイメージ

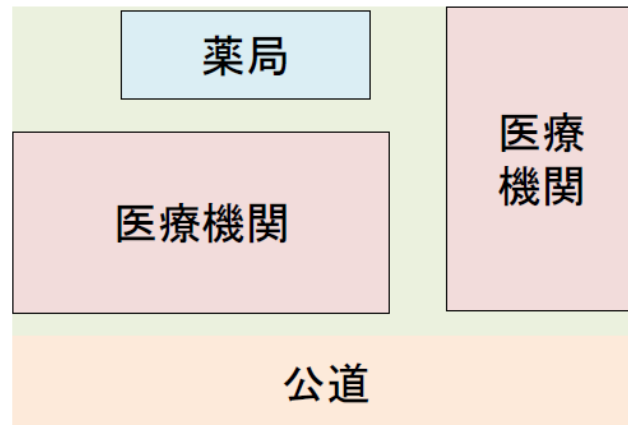
- 構造設備規制の緩和により、公道を経なくても敷地内で医療機関と行き来できる保険薬局を開設・指定することが可能になった。公道等から容易に確認できること等の保険薬局の指定を受けるための法令上の規定としては適合しているが、通常の公道を利用している住民にとっては、医療機関との識別や薬局の確認、医療保険以外における薬局の利用のしやすさ等がこれまでの状況とは異なってきている。

- 構造設備規制の緩和により、フェンスを設けなくても敷地内で医療機関と薬局の行き来ができるようになった。

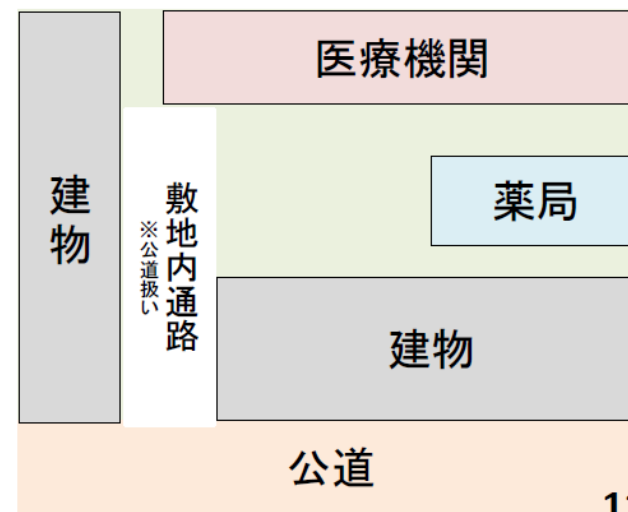
構造設備規制の緩和
(公道を経るためのフェンスの設置は不要)



- 公道から見ると、建物からかなり奥に薬局が開設されている (イメージ)



- 敷地内の通路から薬局を容易に確認できるが、公道を利用する住民は医療機関の敷地内に行かないと薬局の把握が難しい (イメージ)

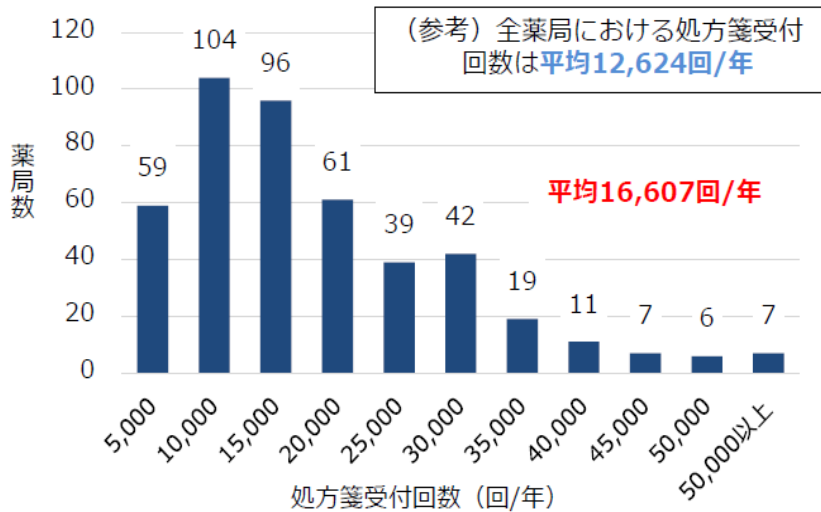


敷地内薬局の処方箋受付回数、届出状況

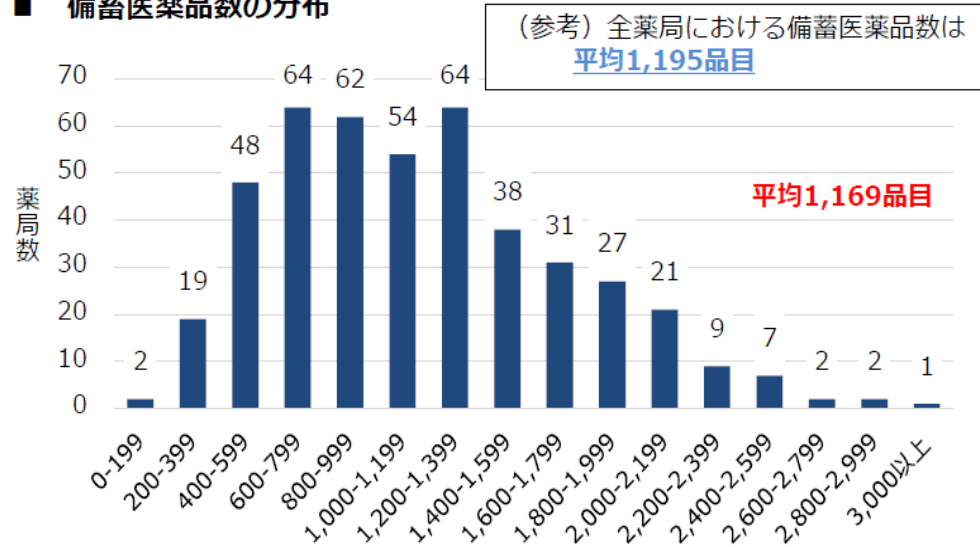
○ 特別調剤基本料を算定している敷地内薬局では、全薬局と比較して、処方箋受付回数は多いが、備蓄医薬品数及びかかりつけ薬剤師指導料等の届出割合は同程度であり、地域支援体制加算の届出割合は低い。

※ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引等がある薬局、かつ特別調剤基本料を算定している薬局、かつ1年間の処方箋受付回数が1回以上の薬局に関する検討：**451施設**

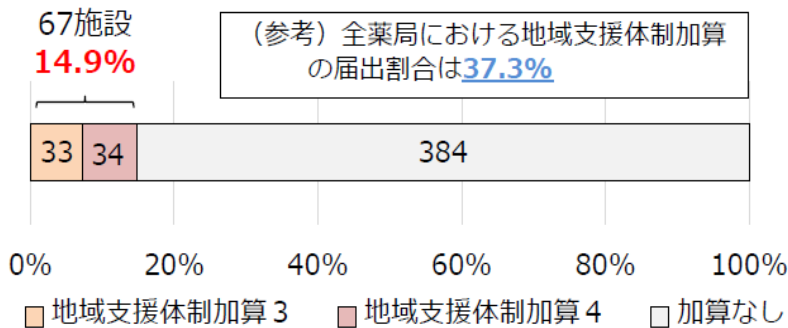
■ 1年間の処方箋受付回数の分布



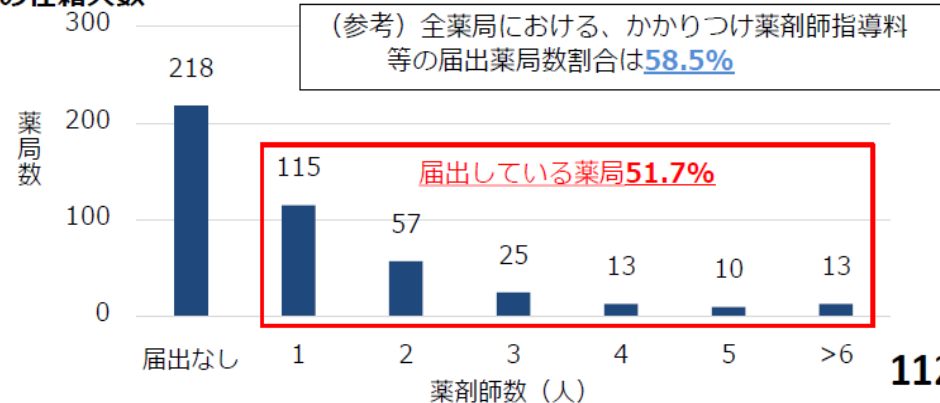
■ 備蓄医薬品数の分布



■ 地域支援体制加算の届出状況



■ かかりつけ薬剤師指導料等の届出薬局数及び要件を満たす保険薬剤師の在籍人数



医療機関における敷地内薬局との連携状況

- 敷地内薬局があると回答した医療機関のうち、敷地内薬局と連携ありと回答した割合は38.9%と低く、医療機関側からみると連携していると認識されていないことが多い状況であった。
- 連携ありの場合の具体的な連携内容は、「処方内容の問い合わせに関する業務の簡素化」が多かったが、全体の回答状況としては、連携していると認識されている項目が少なかった。

■ 医療機関における敷地内薬局の有無 (n=452)

	医療機関数	割合 (%)
敷地内薬局あり	18	4.0
敷地内薬局なし	434	96.0

■ 敷地内薬局との連携の有無 (n=18)

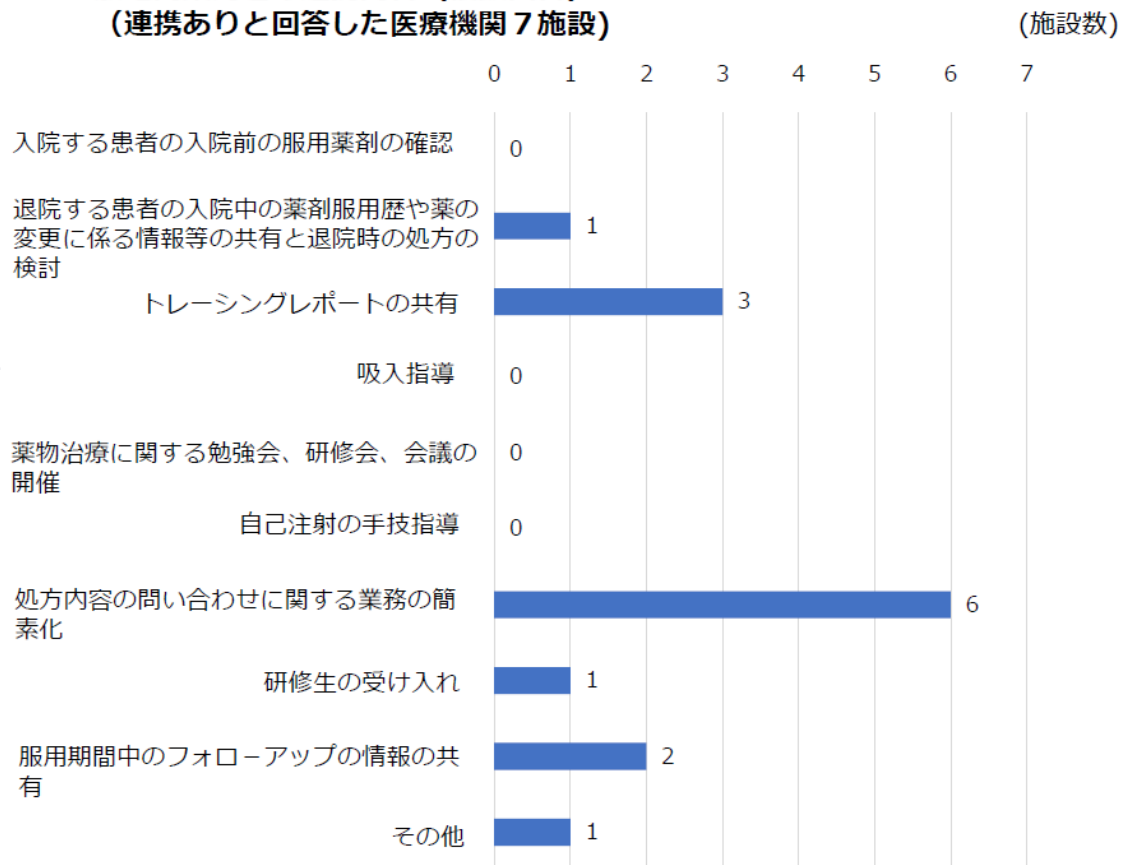
	医療機関数	割合 (%)
連携あり	7	38.9
連携なし	11	61.1

出典：令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査
「医療機関の薬剤師における業務実態調査」

(参考) 令和3年度の上記と同様の調査では、具体的な連携内容は調査していないが、敷地内薬局を有する医療機関の連携状況は以下のとおりであり、同様の傾向であった。

	医療機関数	割合 (%)
連携あり	17	43.6
連携なし	22	56.4

■ 敷地内薬局との連携内容 (複数回答) (連携ありと回答した医療機関7施設)



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)	7日以内の期間	460点
	8日以上11日以内の期間	250点
	12日以上14日以内の期間	180点

- [算定要件]
- ・ 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

- [主な施設基準]
- ・ **一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)**を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・ **総合入院体制加算の届出を行っていないこと。**
 - ・ **手術等に係る実績**について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を**毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。**

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。
 (イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術
 (ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)
 イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。
 (イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- ・ **24時間の救急医療提供**として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- ・ 精神科に係る体制として、**自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制**を常時整備していること等。
- ・ 高度急性期医療の提供として、**救命救急入院料等の治療室を届け出ていること。**・ **感染対策向上加算1の届出**を行っていること。
- ・ 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- ・ **精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出**を行っていること。
- ・ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「**院内迅速対応チーム**」の整備等を行っていること。
- ・ **外来を縮小する体制**を確保していること。・ **手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出**を行っていることが望ましい。
- ・ **療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。****一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割**であること。
- ・ **同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。****特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。**
- ・ **入退院支援加算1又は2を届け出**ていること。・ 一般病棟における**平均在院日数が14日以内**であること。

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

- ・ **精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保**につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、**更に所定点数に加算**する。
- ・ **急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備**されていること。
- ・ **精神科を標榜**する保険医療機関であること。・ **精神病棟入院基本料等の施設基準の届出**を行っている保険医療機関であること。

急性期充実体制加算要件で 敷地内薬局締め出し

急性期充実
加算病院

ダメ!



④後発医薬品



後発医薬品の使用割合の目標と推移

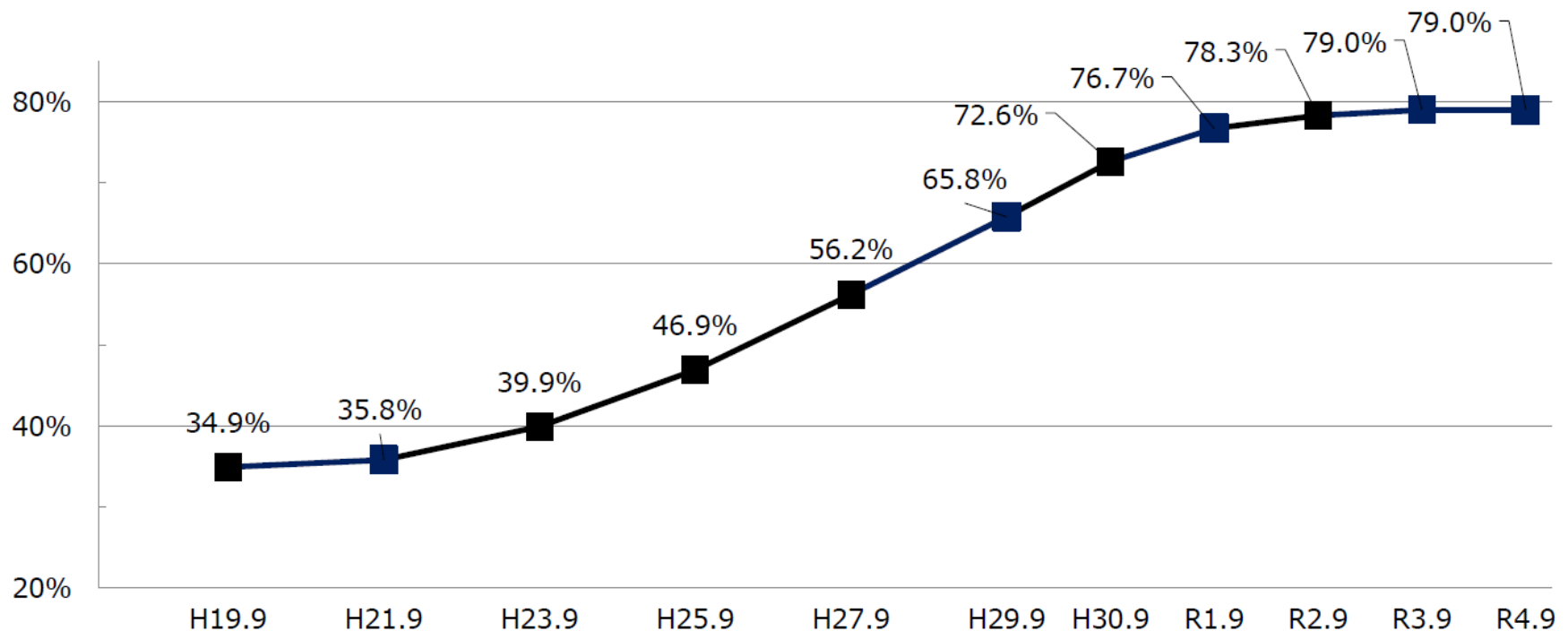
「経済財政運営と改革の基本方針2021」（R3.6.18閣議決定）（抄）

（略）

後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保、新目標（脚注）についての検証、保険者の適正化の取組にも資する医療機関等の別の使用割合を含む実施状況の見える化を早期に実施し、バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討、フォーミュラの活用等、更なる使用促進を図る。

（脚注）

後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする目標。



注) 「使用割合」とは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

薬機法違反の状況

- 令和3年より、複数の医薬品企業において、製造管理・品質管理上の不備による医薬品医療機器等法（薬機法）違反が発覚し、行政処分が実施されている。

行政処分手例一覧（令和3年～）

企業名	処分日
小林化工株式会社（福井県）	2021年2月9日（業務停止、業務改善）
日医工株式会社（富山県）	2021年3月5日（業務停止）
岡見化学工業株式会社（京都府）	2021年3月27日（業務停止、業務改善）
久光製薬株式会社（佐賀県）	2021年8月12日（業務停止）
北日本製薬株式会社（富山県）	2021年9月14日（業務停止、業務改善）
長生堂製薬株式会社（徳島県）	2021年10月11日（業務停止、業務改善）
松田薬品工業株式会社（愛媛県）	2021年11月12日（業務停止、業務改善）
日新製薬株式会社（滋賀県）	2021年12月24日（業務停止、業務改善）
富士製薬工業株式会社（富山県）	2022年1月19日（業務改善）
共和薬品工業株式会社（兵庫県、鳥取県、大阪府）	2022年3月28日（業務停止、業務改善）
中新薬業株式会社（富山県）	2022年3月30日（業務停止、業務改善）
辰巳化学株式会社（石川県）	2022年9月2日（業務改善）
株式会社廣貴堂（富山県）	2022年11月11日（業務停止、業務改善）

安定供給の確保に関するアンケート（令和3年8月末時点）結果

2021.11.18日薬連公表

2021年8月

後発医薬品の欠品、出荷停止・調整

	総計								
			先発品		後発品		その他の医薬品		
	品目数	(割合)	品目数	(割合)	品目数	(割合)	品目数	(割合)	
通常出荷	12,301	79.6%	4,461	95.6%	6,933	70.6%	907	94.9%	
欠品・出荷停止	743	4.8%	34	0.7%	686	7.0%	23	2.4%	
出荷調整	自社事情	828	5.4%	76	1.6%	732	7.5%	20	2.1%
	他社影響	1,572	10.2%	94	2.0%	1,472	15.0%	6	0.6%
	小計	2,400	15.5%	170	3.6%	2,204	22.4%	26	2.7%
欠品・出荷停止、 出荷調整 小計	3,143	20.4%	204	4.4%	2,890	29.4%	49	5.1%	
合計	15,444	100.0%	4,665	100.0%	9,823	100.0%	956	100.0%	

カテゴリー別の「欠品・出荷停止」、「出荷調整」の割合

カテゴリー区分	欠品・出荷停止		出荷調整	
	品目数	割合	品目数	割合
先発品	34	4.6%	170	7.1%
後発品	686	92.3%	2,204	91.8%
その他の医薬品	23	3.1%	26	1.1%
総計	743	100.0%	2,400	100.0%

カテゴリー別の「出荷調整」の要因（自社事情／他社影響）

カテゴリー区分	出荷調整			
	合計	自社事情	他社影響	自社：他社
先発品	170	76	94	45:55
後発品	2,204	732	1,472	33:67
その他の医薬品	26	20	6	77:23
総計	2,400	828	1,572	35:65

「欠品・出荷停止」、「出荷調整」の状況について（回答社数 218社（15,444品目））

【今後の対応】

- ✓ 後発医薬品メーカーの不祥事による後発医薬品使用割合の変化・傾向を注視
 - ✓ 後発医薬品使用割合の見える化を地域や医療機関等の別に着目して拡大することを2021年度中に実施に向けて検討
- NDBを活用し、都道府県、二次医療圏、年齢、薬効分類、医療機関等の別の後発医薬品使用割合の見える化を検討し（2021年度中）、早期に実施
分析結果を都道府県に提供することにより、都道府県は後発医薬品安心使用促進協議会や保険者協議会等の場において使用促進策に活用し、全体の底上げを図る

＜新たな目標＞

- ・後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進める
- ・後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%※以上とする

※NDBデータにおける後発医薬品割合

＜参考：2020年3月後発医薬品数量割合 77.9%＞

後発品の
新目標

※バイオシミラーに係る新たな目標について、バイオシミラーの特性や医療費適正化効果を踏まえて引き続き検討

後発品がないのに 後発医薬品推進？…アホか！？



後発医薬品
産業構造の
見直し

第1回後発医薬品産業構造検討会

2023年7月31日



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

【検討会の目的】

後発医薬品の供給不安に係る課題について、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」において議論され、薬価や薬事制度を起因とする産業構造上の課題が指摘されたほか、後発医薬品産業のあるべき姿やその実現のための具体策を検討するための会議体を新設することが提言された。

上記の議論や提言を踏まえ、後発医薬品産業を安定供給が確保された産業構造として再構築するため、産業のあるべき姿、その実現に向けた産業政策について幅広い議論を行うことを目的として開催する。

(令和5年7月31日 第1回検討会開催)

【検討会の構成員】

	氏名	所属
(座長代理)	川上 純一	国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院 教授・薬剤部長
	櫻井 信豪	東京理科大学薬学部 教授
	田極 春美	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社政策研究事業本部 主任研究員
	堤 崇士	グロービス経営大学院 教授
	鳥巢 正憲	長島・大野・常松法律事務所 弁護士
	野澤 昌史	株式会社日本政策投資銀行企業金融第6部 ヘルスケア室長
	福田 彰子	デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー合同会社 LSHC M&Aトランザクションサービス シニアヴァイスプレジデント
(座長)	間宮 弘晃	国際医療福祉大学薬学部 准教授
	武藤 正樹	社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事
	安本 篤史	ネクスレッジ株式会社 代表取締役社長
	柳本 岳史	ボストン コンサルティンググループ マネジング・ディレクター&パートナー

本検討会における論点及び進め方

論点

- 1. 後発品産業の在るべき姿の明確化**
 - ・ 目指す状態（産業構造／企業・品目数等）と達成時期
- 2. 安定供給等の企業情報の可視化**
 - ・ 制度導入の目的
 - ・ 可視化する情報や時期
 - ・ 可視化した情報の評価方法
 - ・ その他、可視化に当たって検討すべき事項
- 3. 少量多品目構造の解消**
 - ・ 制度導入の目的
 - ・ 優先的に解消していく品目
 - ・ 解消するための手法
- 4. 生産効率の向上**
 - ・ 他業種における生産効率の向上の取組
 - ・ 生産効率の向上に係る後発医薬品産業特有の課題
- 5. その他、サプライチェーンの強靱化など**
 - ・ サプライチェーン強靱化に必要な取組
 - ・ その他

進め方（予定）

7～9月頃

論点に関する議論（前半）

論点1～3について議論

10月頃

中間とりまとめ

論点2・3について課題と解決策をとりまとめる

10～12月頃

論点に関する議論（後半）

論点4・5について議論

12月頃

とりまとめ

論点4・5も含め、論点全体の課題と解決策をとりまとめる

検討会の報告を受けて 中医協等で具体策を議論



令和3年度予算執行調査結果概要（後発医薬品関係）（財務省）

調査事案の概要

後発医薬品については、診療報酬において保険薬局を対象に「後発医薬品調剤体制加算」を設けて使用促進を図っている。令和5年度末までに使用割合を、全ての都道府県で80%以上とする新たな目標を設定したところ（令和2年9月時点で78.3%）であるが、本調査において、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算の在り方について検討を行う。

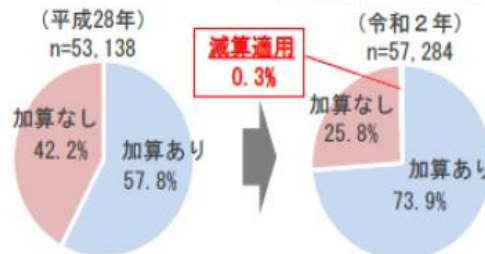
【調査対象予算額】令和2年度：11,861,974百万円の内数 ほか（参考 令和3年度：11,760,710百万円の内数）

調査結果

○ 7割超が加算を取得、減算適用はわずか0.3%にとどまる

・ 7割超の保険薬局が加算を取得する状況となっている（最大の沖縄県では93%）。他方で、減算制度の適用はわずか0.3%（181件）にとどまっている。【図1】

【図1】後発医薬品調剤体制加算の取得状況（平成28年→令和2年）



・ 現行制度では年間1,200億円程度の加算に対し、減算は400万円程度となっている。政府目標（全都道府県80%）に到達した場合の医療費適正化効果額の増加分は、一定の試算の下、200億円程度と見込まれる。

○ 後発医薬品使用割合と備蓄品目数が正の相関関係にない

・ 後発医薬品の使用を促進すると、備蓄医薬品が増加し、管理コストがかかることも踏まえて加算制度が設けられてきたところであるが、加算区分の中では、使用割合の最も高い加算3を取得している保険薬局の備蓄医薬品目数が最も少ない。

【図2】加算区分別の1保険薬局当たりの備蓄医薬品目数の状況（令和2年）



【図2】

今後の改善点・検討の方向性

○ 後発医薬品使用割合と平均備蓄品目数には正の相関関係が認めづらい状況であり、本加算の意義は後発医薬品の使用によるかかり増しの費用への対応の側面ではなく、インセンティブとしての側面が強くなっている。加算を取得している保険薬局の割合は全国平均で、73.9%となっており、都道府県によっては9割を超えていることから、既に現行の加算制度では、これ以上使用割合を高める機能を期待することができない状態にあるといえる。

○ また、令和5年度末までの新目標による適正化効果の増加分は200億円程度と見込まれる一方、現行制度では毎年加算が1,200億円程度とされており、費用対効果も見合っておらず、加算制度については、廃止を含めた見直しを行うべきである。

○ その際、減算については、適用が181件と極めて限定されており、対象範囲を大幅に拡大するなど減算を中心とした制度に見直すべきではないか。

後発医薬品調剤体制加算および減算と算定総額 (財務省推計)

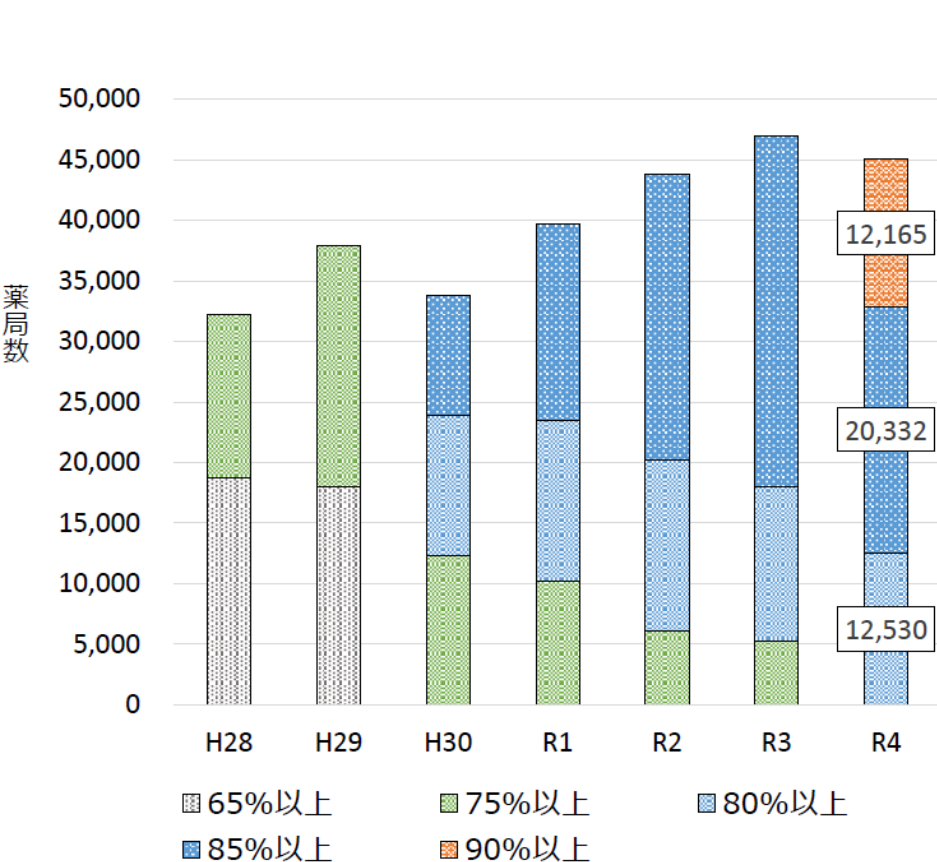
加算区分	算定要件		点数	推計算定額
加算1	後発医薬品使用割合 75%以上	かつ カットオフ値 50%以上	15点	200億円程度
加算2	同 80%以上		22点	400億円程度
加算3	同 85%以上		28点	600億円程度
基本料減算	後発医薬品使用割合 40%以下		▲2点	▲400万円程度

※推計算定額は2020年度以降の点数に社会医療診療行為別統計の19年の加算回数をを用いて推計(医療費ベース)。2019年の基本料減算は、後発医薬品使用割合20%以下が対象。

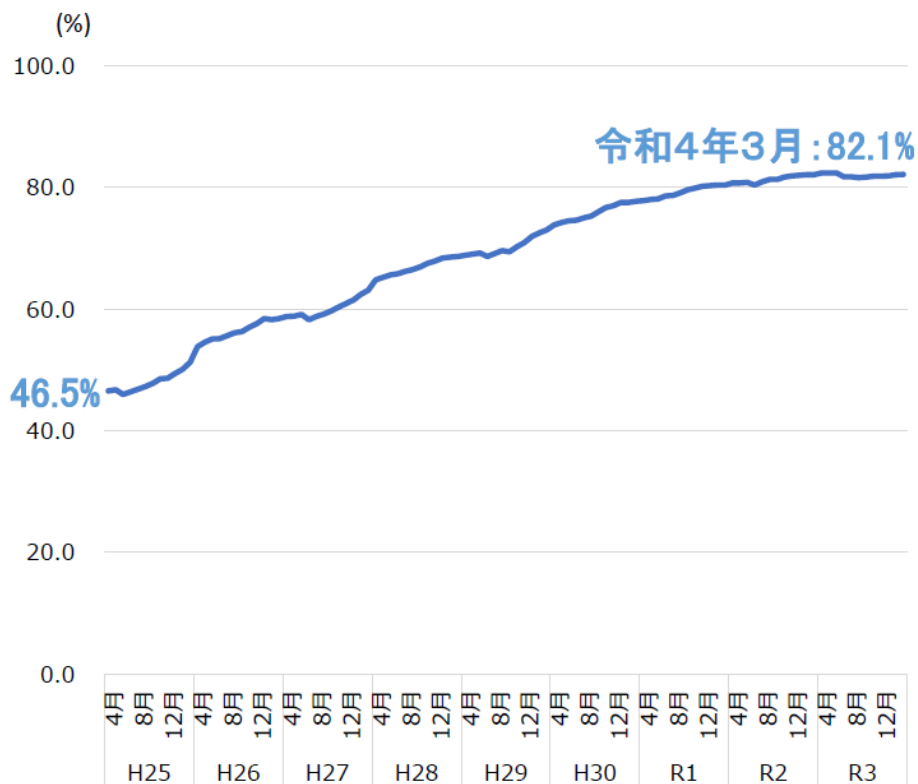
薬局における後発医薬品の調剤

- 後発医薬品調剤体制加算の届出をしている薬局は45,027施設であり、全体の約7割。令和4年改定により加算を算定できる調剤割合を引き上げたことから、届出数は減少した。
- 薬局における後発医薬品の数量割合は、令和4年3月で82.1%。

■ 後発医薬品調剤体制加算届出薬局数（各年7月1日届出数）



■ 薬局における後発医薬品の数量割合（新指標）



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※2:「新指標」=[後発医薬品の数量]/([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])
 (「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

出典：調剤医療費（電算処理分）の動向より医療課作成

後発医薬品調剤体制加算
もそろそろ終わり

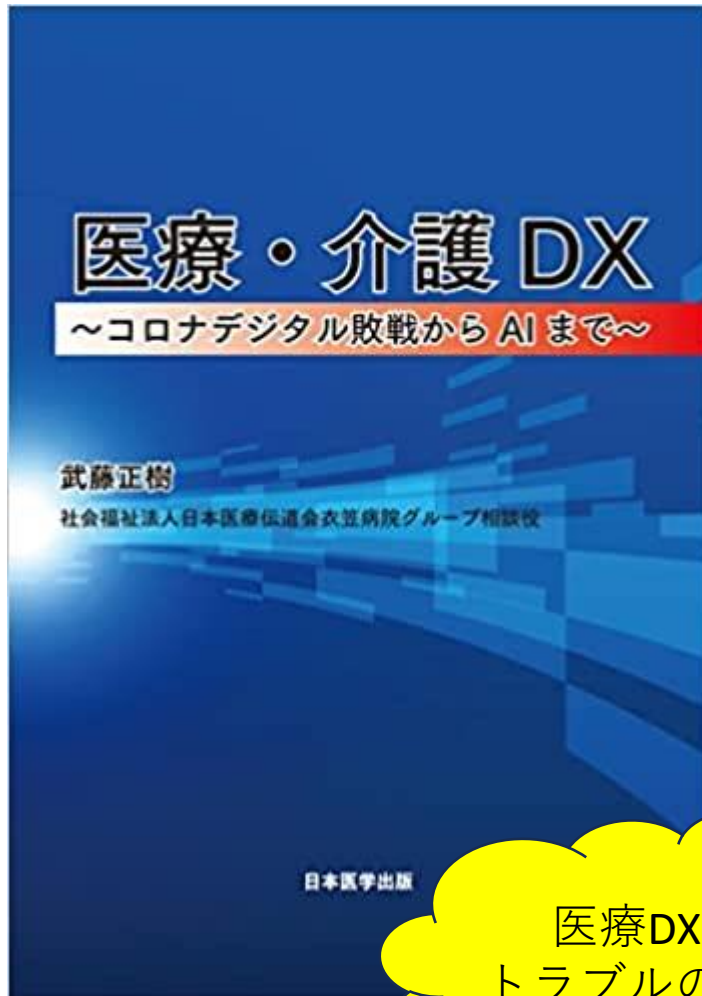
次は減算へ

まとめと提言

- ・調剤基本料は大規模グループ店舗、敷地内薬局に厳しい内容が続く
- ・調剤料が薬剤調製料と調剤管理料に組み替え
対人業務の評価が増えた
- ・地域支援体制加算が4区分となった
- ・後発医薬品調剤体制加算は今期限り？
- ・後発医薬品産業構造検討会の報告に注目

医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAIまで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

医療DXの
トラブルの歴史

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp