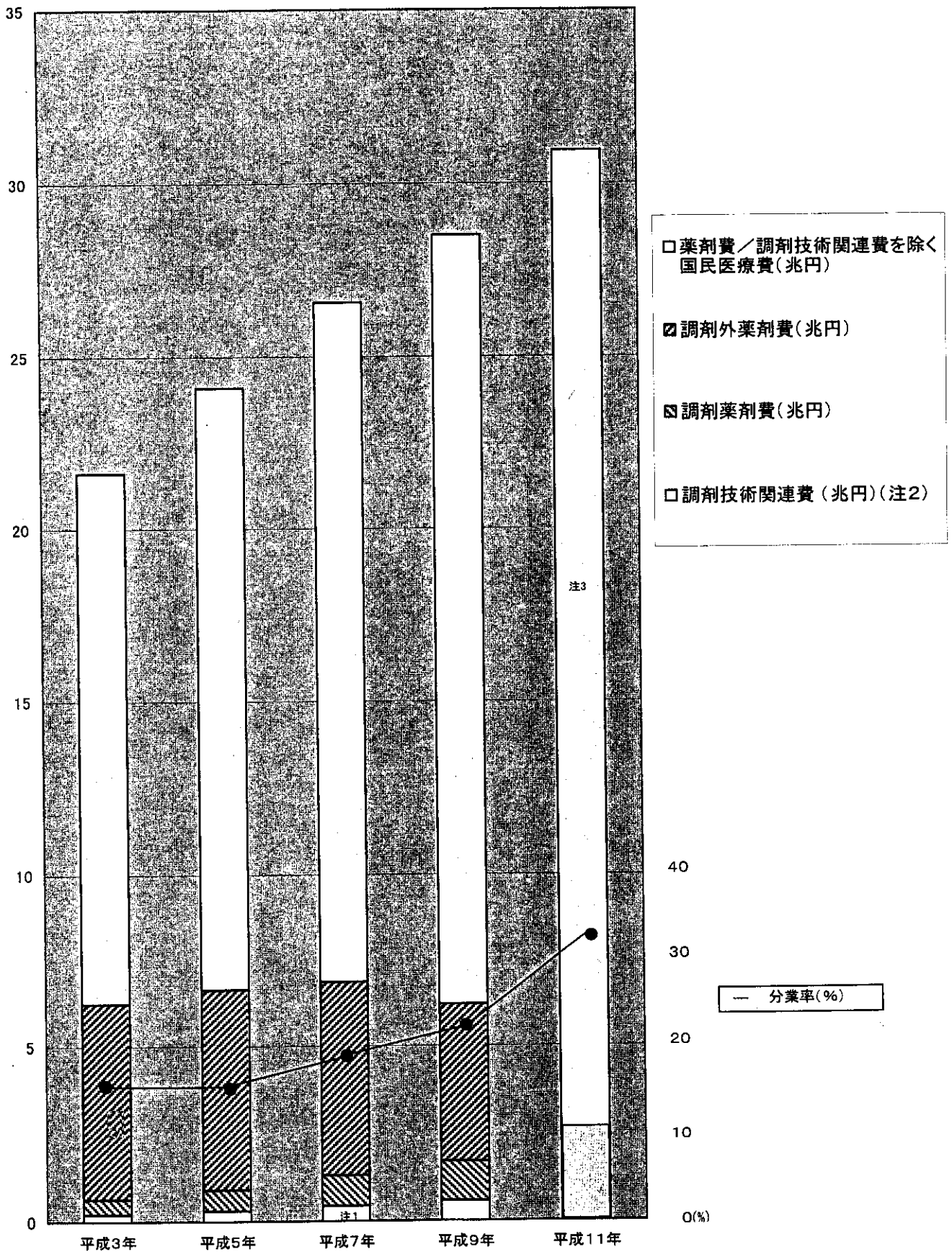


## 調剤報酬に関する資料

1. 調剤医療費の現状	
○調剤医療費及び国民医療費の年次推移	1
2. 機能分担と連携	
○調剤基本料の算定状況	3
○在宅訪問薬剤管理指導料	4
3. ものとは技術の分離と適正評価	
○調剤報酬体系	5
○調剤報酬の内訳	7
○注射薬無菌製剤	8
4. 薬剤使用の適正化	
○多剤投与の逡減措置の変遷	9
○長期投薬の見直し	10
5. 調剤に係る最近の提言	11

# 1. 調剤医療費の現状

## 調剤医療費及び国民医療費の年次推移



(注1)平成3年～7年の「調剤技術関連費」は平成8年～12年「調剤報酬レセプト調査(医療課調べ)」の平均値から調剤費全体の3分の1と仮定

(注2)調剤技術関連費とは、調剤費全体から調剤薬剤費を除いた調剤技術料、指導管理料等である。

(注3)平成11年「薬剤費/調剤技術関連費を除く国民医療費」及び「調剤外薬剤費」は「平成11年社会医療診療行為別調査報告」が未報告のため未推計

## 調剤医療費及び国民医療費の年次推移

	平成3年	平成5年	平成7年	平成9年	平成11年
国民医療費(兆円)	21.83	24.36	26.96	29.07	30.93
薬剤費／調剤技術関連費を除く国民医療費(兆円)	15.19	17.13	19.26	21.75	(注3)
調剤外薬剤費(兆円)	6.03	6.36	6.43	5.64	(注3)
調剤薬剤費(兆円)	0.41	0.58	0.85	1.13	(注3)
調剤技術関連費(兆円)(注2)	<b>0.20</b> (注1)	<b>0.29</b> (注1)	<b>0.42</b> (注1)	0.55	(注3)
医薬分業率	13.7%	13.4%	18.8%	22.8%	31.3%

(注1)平成3年～7年「調剤技術関連費」は平成8年～12年「調剤報酬レセプト調査(保険局医療課調べ)」の平均値から調剤費全体の3分の1と仮定(ゴシック数値)

(注2)調剤技術関連費とは、調剤費全体から調剤薬剤費を除いた調剤技術料、指導管理料等である。

(注3)平成11年「薬剤費／調剤技術関連費を除く国民医療費」及び「調剤外薬剤費」は「平成11年社会医療診療行為別調査報告」が未報告のため未推計

## 2. 機能分担と連携

### 調剤基本料の算定状況について

調剤基本料区分	調剤基本料点数				処方せん受付回数割合					
	H8	H9	H10	H11	H12	8年	9年	10年	11年	12年
I a	45	46	49	49	49	14.6%	15.1%	16.5%	19.3%	19.0%
I b	40	41	44	44	44	5.5%	6.0%	6.4%	5.9%	7.0%
II a	35	36	39	39	39	67.0%	65.4%	64.8%	63.3%	64.1%
II b	20	20	21	21	21	12.9%	13.4%	12.4%	11.5%	10.0%

(注1) 調剤報酬レセプト調査(各年6月調査:保険局医療課調べ)による

<全国の保険薬局のうち政府管掌健康保険及び国民健康保険の調剤報酬明細書(抽出率:薬局数で約1/20)により調査>

(注2) 調剤基本料の区分

- I a: 処方せん受付回数が1ヶ月に4,000回以下、かつ特定の保険医療機関にかかる処方せんによる調剤の割合が70%以下。
- I b: 処方せん受付回数が1ヶ月に4,000回を超え、かつ特定の保険医療機関にかかる処方せんによる調剤の割合が70%以下。  
(処方せん受付回数が月に600回以下、かつ特定の保健医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものを含む。)
- II a: 処方せん受付回数が1ヶ月に4,000回以下、かつ特定の保険医療機関にかかる処方せんによる調剤の割合が70%を超える。
- II b: 処方せん受付回数が1ヶ月に4,000回を超え、かつ特定の保険医療機関にかかる処方せんによる調剤の割合が70%を超える。

## 在宅患者訪問薬剤管理指導料

	550点（月2回まで）
麻薬管理指導加算	100点（1回につき）

### （概要）

あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、居宅において療養を行っている患者（通院が困難なものに限る。）に対して、処方せんによる指示に基づき、患家を訪問して、薬学的管理指導を行った場合に月2回に限り算定する。

麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

### （業務内容）

患家を訪問して、以下の薬学的管理指導を行い、処方せん発行医に対して訪問結果について必要な情報提供を行う。

- ・薬歴管理
- ・服薬指導
- ・薬剤服用状況・薬剤保管状況の確認等

### 3. ものと技術の分離と適正評価

#### 調剤報酬体系

区 分	点 数
第1節 調剤技術料	
00 調剤基本料	処方せんの受付1回につき (I) a 49点 (I) b 44点 (II) a 39点 (II) b 21点  (注) 処方せん受付回数 特定の保険医療機関からの処方せん集中度 (I) a 4,000回以下 70%以下 (I) b 4,000回超 70%以下 (II) a 4,000回以下 70%超 (但し、600回以下、70%超は44点を算定) (II) b 4,000回超 70%超
01 調剤料	
内服薬	1剤につき 14日分以下の場合 7日目以下の部分 6点(1日分につき) 8日目以上の部分 4点(1日分につき) 15日分以上21日分以下の場合 75点 22日分以上90日分以下の場合 80点
屯服薬	21点(1剤1調剤分につき)
注射薬	26点(1調剤につき)
無菌製剤処理加算	40点(1日につき)
外用薬	10点(1調剤につき)
麻薬・向精神薬・覚醒剤・毒薬加算	麻薬を調剤した場合1調剤につき 35点 その他は1調剤につき 7点
時間外・休日・深夜加算	時間外 調剤技術料の 100/100 休日 調剤技術料の 140/100 深夜 調剤技術料の 200/100
自家製剤加算	内服薬及び屯服薬 60点 (但し、浸煎剤、湯剤は50点、液剤は30点) 外用薬 60点 (但し、点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤は50点、液剤は30点)
計量混合調剤加算	40点(1調剤につき)
一包化加算(老人のみ)	35点
老人用製剤加算(老人のみ)	40点

区 分	点 数
第2節 指導管理料	
10 薬剤服用歴管理・指導料 特別指導加算 重複投薬・相互作用防止加算 服薬情報提供加算	22点（処方せん受付1回につき） 20点（処方せん受付1回につき） 10点 15点（患者1人につき月1回）
11 薬剤情報提供料1	15点（処方せん受付1回につき、月4回）
12 薬剤情報提供料2	10点（処方せん受付1回につき、月1回）
13 長期投薬特別指導料	30点（処方せん受付1回につき）
14 在宅患者訪問薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算	550点（月2回） 100点
第3節 薬剤料	
20 使用薬剤料	使用薬剤の購入価格が調剤料の所定単位につ き15円以下の場合 1点 使用薬剤の購入価格が調剤料の所定単位につ き15円を超える場合 10円又はその端数を増すごとに1点
第4節 特定保険医療材料料	
30 特定保険医療材料料	購入価格を10円で除して得た点数

## 調剤報酬の内訳

	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年
<input type="checkbox"/> 薬剤料等	68%	67%	66%	66%	67%
<input type="checkbox"/> 指導管理料	6%	7%	7%	7%	7%
<input type="checkbox"/> 調剤料	18%	18%	19%	19%	19%
<input type="checkbox"/> 調剤基本料	7%	7%	8%	8%	8%

(注1) 調剤報酬レセプト調査(各年6月調査:保険局医療課調べ)による。  
 (注2) 薬剤料等は、薬剤料と特定保険医療材料の合計である。



## 無菌製剤処理加算の算定要件(注射料に係る加算)

### 1. 保険医療機関

#### 1) 施設基準

- ①常勤薬剤師2名以上
- ②無菌製剤処理を行うための専用の部屋(5平方メートル以上)を有していること。
- ③無菌製剤処理を行うための無菌室又はクリーンベンチを備えていること。

#### 2) 対象

「中心静脈注射」、「中心静脈栄養」及び「抗悪性腫瘍剤の一部」(細胞毒性を有するもの)の無菌的処理

#### 3) 点数

1日につき40点

### 2. 保険薬局

#### 1) 施設基準

- ①2名以上の薬剤師(うち常勤薬剤師1名以上)
- ②無菌製剤処理を行うための専用の部屋(5平方メートル以上)を有していること。
- ③無菌製剤処理を行うための無菌室又はクリーンベンチを備えていること。

#### 2) 対象

「中心静脈栄養」及び「抗悪性腫瘍剤の一部」(細胞毒性を有するもの)の無菌的処理

#### 3) 点数

1日につき40点

## 4. 薬剤使用の適正化

### 多剤投与の逓減措置の変遷

	処方料		処方せん料		薬剤料		R 幅
平成 2 年	24 点		74 点		所定点数		- *
平成 4 年	24 点		74 点		10 種類以上	それ未満	15
					A × 90/100 (院内のみ)		
平成 6 年	26 点		10 種類以上	それ未満	10 種類以上	それ未満	13
			53 点	76 点	A × 90/100 (院内・院外とも)		
平成 8 年	26 点		8 種類以上	それ未満	8 種類以上	それ未満	11
			53 点	76 点	A × 90/100 (院外は II b のみ)		
平成 9 年	8 種類以上	それ未満	53 点	79 点			A × 90/100 (院外は II b のみ)
	26 点	32 点					
平成 10 年	26 点	37 点	53 点	81 点			5 又は 2 *
平成 12 年	7 種類以上	それ未満	7 種類以上	それ未満	7 種類以上	それ未満	2 *
	29 点	42 点	53 点	81 点	A × 90/100 (院外は II b のみ)		

\* 平成 2 年はバルクライン方式による算定

R 幅について、平成 9 年は後発品のある先発品 8、それ以外は 10  
平成 10 年は長期収載品 2、それ以外は 5

平成 12 年は調整幅の値

(注) 種類以上の規定に関しては、内服薬の投薬のみ（臨時の投薬であって投薬期間が 2 週間以内のものを除く）。

薬剤料に関して、所定点数とは使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき 15 円以下の場合を 1 点とし、15 円を超える場合には 10 円又はその端数を増すごとに 1 点を加えた点数。

また、保険薬局における薬剤料に関して、多剤併用の特例が適用されるのは調剤基本料（II）b を算定している場合のみ。

## 長期投薬の見直し

	(H元. 4) ~H2. 4	H2. 4 ~H4. 4	H4. 4 ~H6. 4	H6. 4 ~H12. 4	H12. 4 ~
<b>&lt;投与期間の限度&gt;</b>					
1 内服薬	2日標準	2日標準	2日標準	14日標準	14日
① 長期の旅行等特殊事情がある場	14日	14日	14日	30日	30日
② 厚生労働大臣の定める内服薬を厚生労働大臣の定める疾患の患者に投与する場合	30日	30日	30日又は90日	30日又は90日	30日又は90日
2 外用薬	5日	5日	5日	7日	14日
① 長期の旅行等特殊事情がある場	14日	14日	14日	30日	30日
② 厚生労働大臣の定める外用薬を厚生労働大臣の定める疾患の患者に投与する場合	14日	14日又は30日	14日又は30日	14日又は30日	30日
3 注射薬 (厚生労働大臣の定める注射薬)	30日	30日	30日	30日	30日
<b>&lt;新医薬品の扱い&gt;</b>					
「長期投薬」が認められない期間	薬価基準への収載日以降2年を経過する日の属する月の末日迄	薬価基準への収載日以降2年を経過する日の属する月の末日迄	薬価基準への収載日以降2年を経過する日の属する月の末日迄	薬価基準への収載日以降2年を経過する日の属する月の末日迄	薬価基準への収載日以降1年を経過する日の属する月の末日迄

## 5 調剤に係る最近の提言

\*以下は、関連箇所(概要)を列挙したものである。

### 1. 「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」 (平成10年11月9日医療保険福祉審議会制度企画部会)

- 介護サービスとの連携がさらに重要性を高めていくことをふまえ、療養・看護に十分に配慮した在宅医療・地域ケアを一層充実させていくことが重要である。その際、かかりつけの薬局による服薬指導・服薬管理体制の整備についても取り組む必要がある。
- 高齢者の医療を効率的なものとしていくために、薬剤の過剰投与・長期入院・行き過ぎた延命治療などの是正に取り組む必要がある。

### 2. 「薬剤給付のあり方について」 (平成11年1月7日医療保険福祉審議会制度企画部会)

- 薬剤の同等性、価格などに関する各種情報が、患者の立場に立った医師の適切な説明等により、分かりやすい形で患者に提供されれば、患者自らが薬剤の選択に積極的に関わることになり、より適切な薬剤の選択がなされると考えられる。
- 薬剤の分類情報を提供すること等により医師側に同等の効果があれば安い薬剤を処方する経済的誘因が働くようにすると同時に、患者側にも、薬剤情報の公開を行う他、定率負担等の何らかの経済的、財政的な制約を設けることにより患者のコスト意識を高めることが必要である。

### 3. 「診療報酬体系のあり方について」 (平成11年4月16日医療保険福祉審議会制度企画部会)

- 病院と診療所との病診連携などの医療機関相互の連携、また医療機関と介護施設、薬局、訪問看護ステーションや地域等との連携が強化され、各種情報が患者に対し提供されることは、患者の適切な医療機関の選択と医療機関相互の健全な競争の促進や、医療の効率的な提供に資するものである。
- 検査データや薬歴情報などの患者情報の共有化がなされれば、重複受診、重複投薬の解消が可能となり、医療の質の向上と医療費の効率化に資する。
- 診療報酬、情報提供の両面において連携強化を促進していく仕組みを検討することが必要である。

#### 4. 「規制改革についての見解」

(平成12年12月12日行政改革推進本部規制改革委員会)

- 薬剤の誤投与による事故を防止するためには、医師の処方から、処方チェック・調剤、患者への投与までの一連の行為が適正に行われることが重要であり、こうした観点から各医療専門職が各々の職能に応じて、医療事故防止の取組を進め、組織全体での安全管理体制を確立することが重要である。
- 医療事故を予防するための社会的なインフラとして、第三者機関によるアクシデント/インシデント・データの収集から原因分析に基づく再発防止対策までをカバーする一連の体制、医療事故の外部評価・監視体制等の整備が重要である。
- 医療分野におけるIT化の推進に際しては、ITを活用した薬局機能の高度化についても検討すべきである。その検討に際しては、医療の中における薬局の位置付けとその在り方について併せて検討することが重要である。

#### 5. 「医薬品に関する行政評価・監視勧告」

(平成13年6月8日総務省行政評価局)

- 厚生労働省は、国民本位の適正な医薬分業の推進を図る観点から、
  - ① 医薬分業の実施状況を把握して医薬分業本来の目的が達成されているかどうかを評価し、その結果、必要な場合には、医薬分業及びその推進にかかる施策のあり方を検討すること。
  - ② 診療や調剤に関する国民の意識・行動の実態等をふまえ、適正かつ効果的な薬歴管理等を担保するシステムの構築を促進すること。
  - ③ 支援センターの整備にかかる国庫補助事業については、補助の対象を、施設・設備の整備から薬局間における医薬品の備蓄情報の共有等を目的としたネットワークシステムの構築に転換することを含め、そのあり方を見直すこと。

などの措置を講じる必要がある。