

日医総研ワーキングペーパー

調剤報酬の現状について

No. 397

2017年12月14日

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

調剤報酬の現状について

日本医師会総合政策研究機構（日医総研） 前田由美子
公益社団法人日本医師会 医療保険課、薬務対策室、総合医療政策課

キーワード

- ◆ 「医療経済実態調査」
- ◆ チェーン薬局
- ◆ 門前薬局
- ◆ 医薬分業率
- ◆ 調剤基本料
- ◆ 薬学管理料
- ◆ 調剤料
- ◆ 病棟薬剤師

ポイント

- ◆ 中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査」、厚生労働省「調剤医療費の動向」をもとに、2016年度調剤報酬改定後の調剤医療費の動向を示した。
- ◆ 診療報酬本体改定率は、医科、歯科、調剤の技術料の伸びが等しくなるよう「医科：歯科：調剤=1：1.1：0.3」になっている。医科には医療の高度化がある一方、調剤は自動化による効率化も進んでいるが、事業環境の変化に関係なく、この配分は長期的に固定されている。
- ◆ 2016年度調剤報酬改定は、大手門前薬局に厳しい改定であったが、大手門前薬局、チェーン薬局は高い利益率を維持し、上場大手では配当をし、内部留保を積み増している。大手門前は小規模面薬局に比べて収益性が上がりやすいビジネスモデルである。経営努力もあるが、その財源は税金、保険料、患者一部負担金である。国民、被保険者、患者の納得を超える利益を得ている薬局に対しては、大胆な適正化が必要であろう。
- ◆ かかりつけ薬剤師指導料については、「患者のための薬局ビジョン」にあるように、地域包括ケアシステムの一翼を担っているかどうかを、明確に求めてはどうかと考える。そのことによって、地域に根づいて、まさにかかりつけ機能を担っている薬剤師や、医療機関が少ない地域で集中度が高くなりがちな薬局も評価できるのではないだろうか。

- ◆ 医科との関係では、同じ技術（調剤料）、同じ体制（調剤基本料）であっても、薬局は医科院内に比べて診療（調剤）報酬が高い。患者にとっては不合理であり、是正すべきである。
- ◆ 病院で薬剤業務が拡充し、多くの薬剤師が雇用されているが、医科診療報酬では、薬剤業務を評価する報酬が薄いように思われる。医科、薬局の縦割ではなく、将来的に薬剤業務を横断的にみた評価体系のあり方を検討することも提言したい。

目次

はじめに	1
1. 調剤報酬と調剤技術料	2
1.1. 診療報酬本体の配分	2
1.2. 調剤技術料の動向	4
1.3. 医薬分業率	6
2. 薬局の経営概況	8
2.1. 「医療経済実態調査」	8
2.2. 大手調剤薬局チェーン	12
3. 個別調剤報酬の動向	14
3.1. 調剤基本料および加算	14
3.1.1. 調剤基本料	14
3.1.2. 後発医薬品調剤体制加算	16
3.2. 薬学管理料および加算	18
3.2.1. 薬剤服用歴管理指導料	18
3.2.2. かかりつけ薬剤師指導料	22
3.3. 調剤料	24
4. 医科と薬局の調剤関連費用	26
4.1. 院内処方と院外処方の患者負担	26
4.2. 病院薬剤師	28
おわりに	30
参考資料	31

はじめに

本稿は、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）「第 21 回医療経済実態調査の報告（平成 29 年実施）」（以下、「医療経済実態調査」）（2017 年 11 月 8 日発表）、および厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向～平成 28 年度版～」（2017 年 9 月 15 日発表）をもとに、医療費分析の一環として、2016 年度調剤報酬改定後の調剤医療費の動向を示したものである。

2017 年 11 月 29 日にとりまとめられた財政制度等審議会「平成 30 年度予算の編成等に関する建議」（以下、財政審建議）でも、調剤報酬について分析した上で、調剤報酬改革を求めているが、本稿では特に医科との関係に注目した。

調剤に係る報酬は病院・診療所と薬局とで考え方も点数もかなり異なっており、患者はそれぞれ対価に見合ったサービスなのかわかりづらい。本稿は 2017 年 11 月末に作成している。2018 年度改定で、不合理な部分はある程度是正されると予想されるが、調剤に係る報酬のあり方、院内・院外処方のある方を検討するための資料になれば幸いである。

1. 調剤報酬と調剤技術料

1.1. 診療報酬本体の配分

2016年度の診療報酬本体改定率は、「医科 0.56% : 歯科 0.61% : 調剤 0.17% = 1 : 1.1 : 0.3」である（表 1.1.1）。そして、本体改定率は薬剤料部分を除く技術料のみに対する上乘せである。技術料の割合は医科 80%程度、歯科 90%程度、調剤 20%程度であり、この割合を勘案すると、2016年度の技術料部分改定率は、医科、歯科、調剤いずれも+0.7%である。過去の改定でも技術料改定率は揃っている（図 1.1.1）。医科は医療の高度化があり、新たに評価すべきまたは評価を引き上げるべき手術等の医療技術として2014年度改定で524件、2016年度改定で737件が遡上に上がっている¹。一方、調剤は自動化による効率化も進んでいるが、医科、歯科、調剤一律の改定率である。

また、医科 : 歯科 : 調剤 = 1 : 1.1 : 0.3（あるいはそれ以上）は長期的に固定されており、事業環境の変化を踏まえた柔軟な配分が行われているとは言い難い（表 1.1.2）。

表 1.1.1 診療報酬改定率

(%)

	2010	2012	2014			2016
			通常分	消費税対応	全体	
入院	3.03	—	—	—	—	—
外来	0.31	—	—	—	—	—
医科本体	1.74	1.55	0.11	0.71	0.82	0.56
歯科	2.09	1.70	0.12	0.87	0.99	0.61
調剤	0.52	0.46	0.04	0.18	0.22	0.17
本体	1.55	1.379	0.10	0.63	0.73	0.49
薬価	-1.23	-1.26	-1.22	0.64	-0.58	-1.22
材料	-0.13	-0.12	-0.14	0.09	-0.05	-0.11
薬価・材料	-1.36	-1.38	-1.36	0.73	-0.63	-1.33
全体(ネット)	0.19	0.004	-1.26	1.36	0.10	-0.84

¹ このうち2016年度改定では、新規技術57件を保険導入、既存技術79件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等、2016年度改定では新規技術78件を保険導入、既存技術件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等が実施された。

図 1.1.1 診療報酬本体の配分

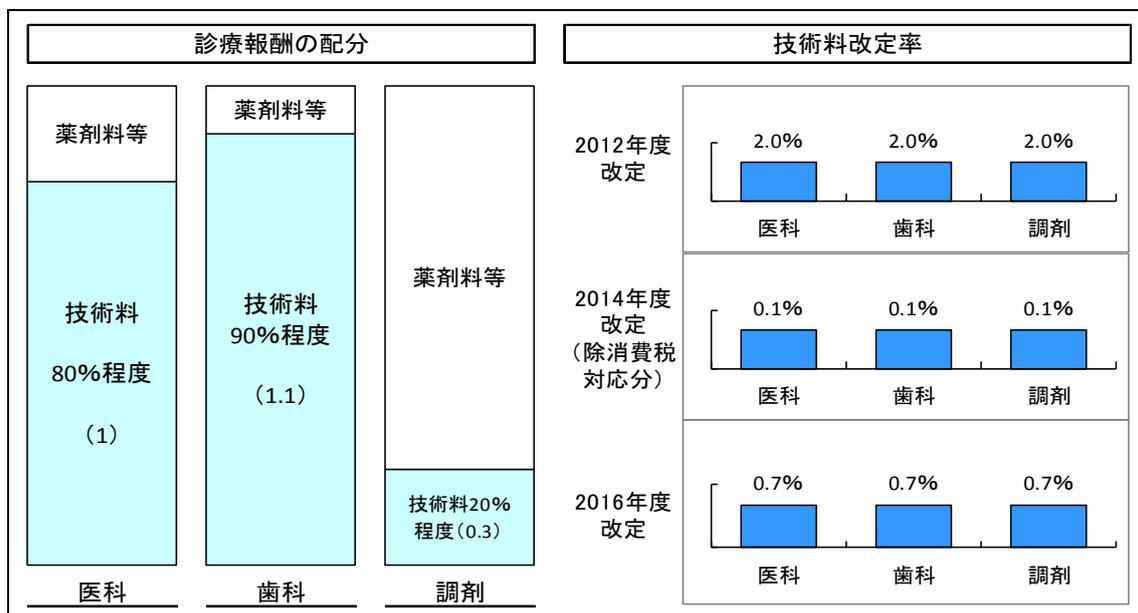


表 1.1.2 診療報酬本体改定率と配分

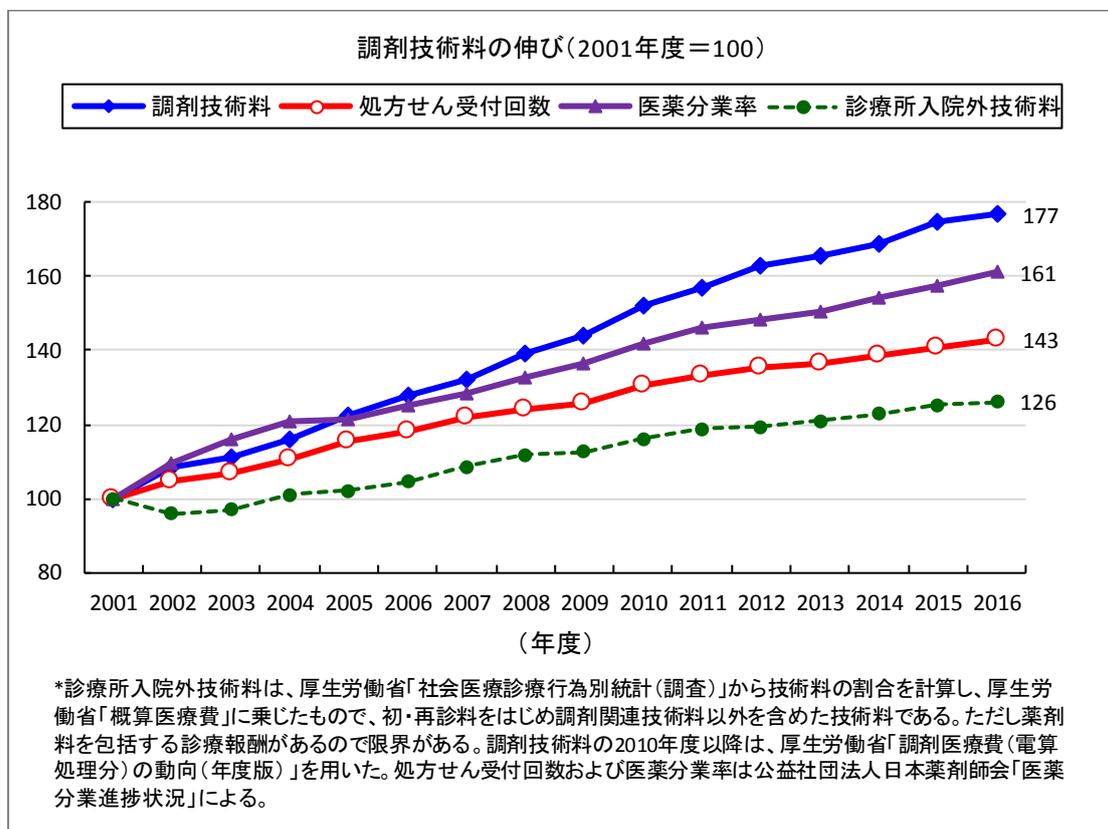
年度	暦年	月	本体改定率				配分			備考
			医科	歯科	調剤	本体	医科	歯科	調剤	
1989	1989	4	0.11	0.11	0.11	—	1.0	1.0	1.0	消費税(3%)
1990	1990	4	4.0	1.4	1.9	3.7	1.0	0.4	0.5	
1992	1992	4	5.4	2.7	1.9	5.0	1.0	0.5	0.4	
1994	1994	4	3.5	2.1	2.0	3.3	1.0	0.6	0.6	
	1994	10	1.7	0.2	0.1	1.5	1.0	0.1	0.1	2段階
1996	1996	4	3.6	2.2	1.3	3.4	1.0	0.6	0.4	
1997	1997	4	1.70	1.70	1.70	—	1.0	1.0	1.0	消費税(3→5%)
1998	1998	4	1.5	1.5	0.7	1.5	1.0	1.0	0.5	
2000	2000	4	2.0	2.0	0.8	1.9	1.0	1.0	0.4	
2002	2002	4	-1.3	-1.3	-1.3	-1.3	1.0	1.0	1.0	
2004	2004	4	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—	—	
2006	2006	4	-1.5	-1.5	-0.6	-1.36	1.0	1.0	0.4	
2008	2008	4	0.42	0.42	0.17	0.38	1.0	1.0	0.4	
2010	2010	4	1.74	2.09	0.52	1.55	1.0	1.2	0.3	
2012	2012	4	1.55	1.70	0.46	1.38	1.0	1.1	0.3	
2014	2014	4	0.82	0.99	0.22	0.73	1.0	1.1	0.3	含消費税対応(5→8%)
2016	2016	4	0.56	0.61	0.17	0.49	1.0	1.1	0.3	

*厚生労働省「国民医療費(参考資料)」から作成。配分は2008年以前は改定率から逆算(確認できるデータがないため)。

1.2. 調剤技術料の動向

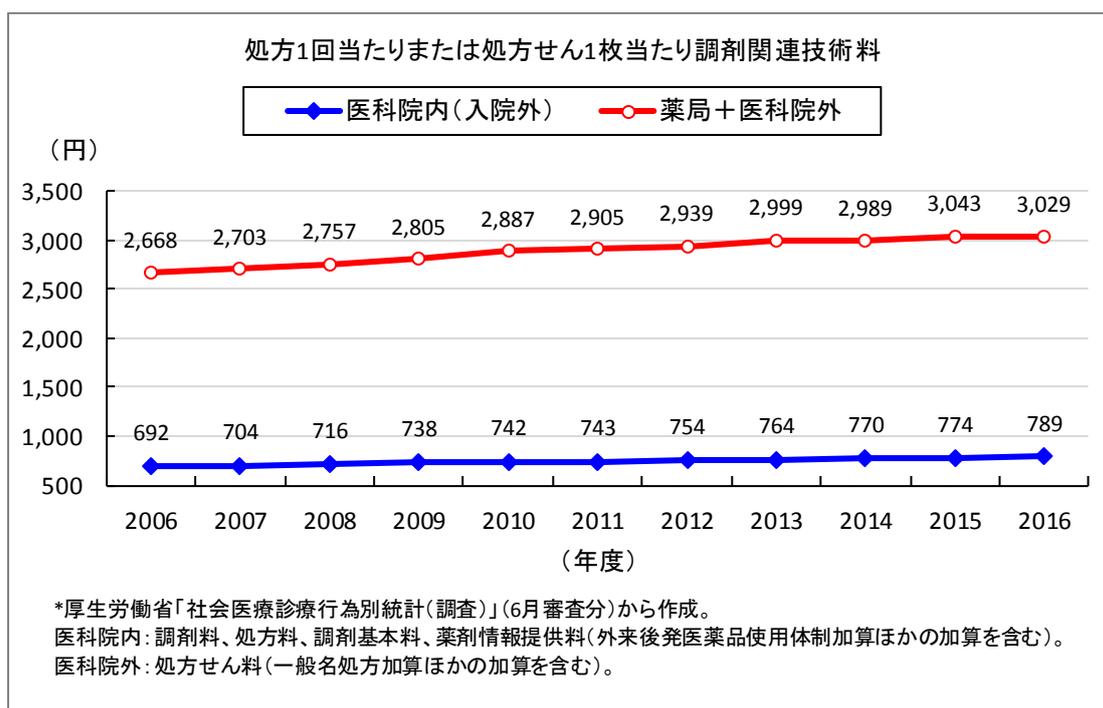
調剤技術料は医薬分業の拡大以上に伸びている。また調剤技術料の伸びは診療所の入院外技術料（薬剤料を除く技術料。初・再診料をはじめ調剤関連技術料以外の技術料を含む）の伸びも上回っている（図 1.2.1）。医薬分業を推進するため、院外処方にインセンティブを付与してきたためである。

図 1.2.1 調剤技術料の伸び（2001年度＝100）



2016年度においては、処方1回当たりまたは処方せん1枚当たり調剤関連技術料は院外処方（薬局＋医科院外）では3,029円、院内処方では789円と3.8倍の開きがある（図1.2.2）²。この差はそのまま患者負担の差につながっている。

図1.2.2 処方1回当たりまたは処方せん1枚当たり調剤関連技術料

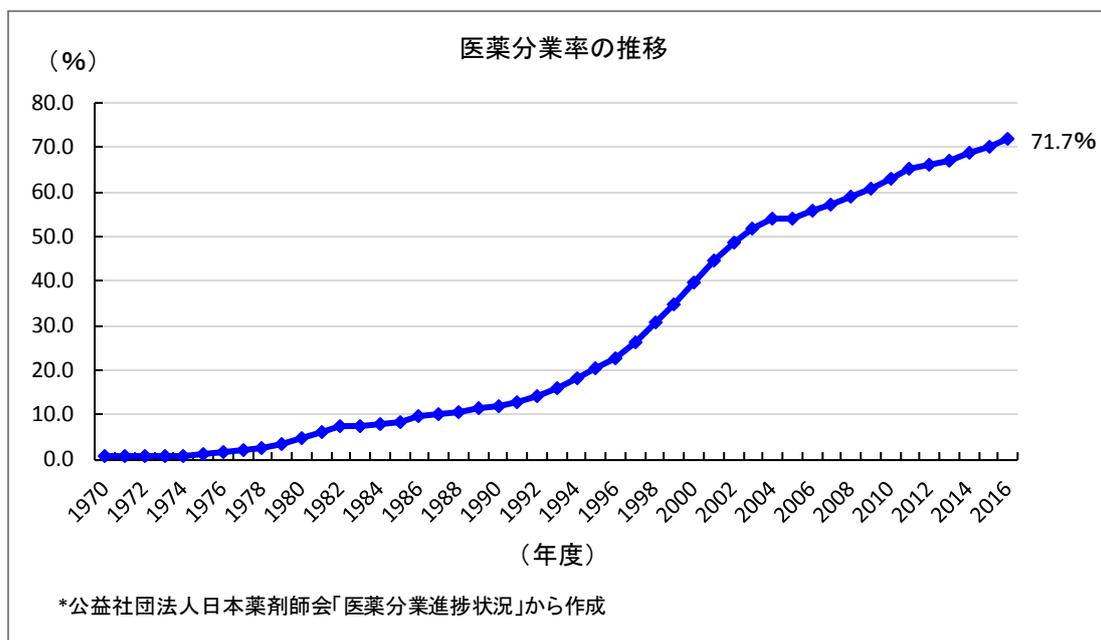


² 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」から計算した。毎年6月審査分の実績であり、2016年6月では薬局の処方せん1枚当たり技術料は2,184円となっているが、2016年度通期では、厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成28年度版～」によると2,240円である。

1.3. 医薬分業率

調剤報酬は医薬分業を進めるためのインセンティブが付与されてきた。その医薬分業率は2016年度には71.7%になっている（図 1.3.1）³。

図 1.3.1 医薬分業率の推移

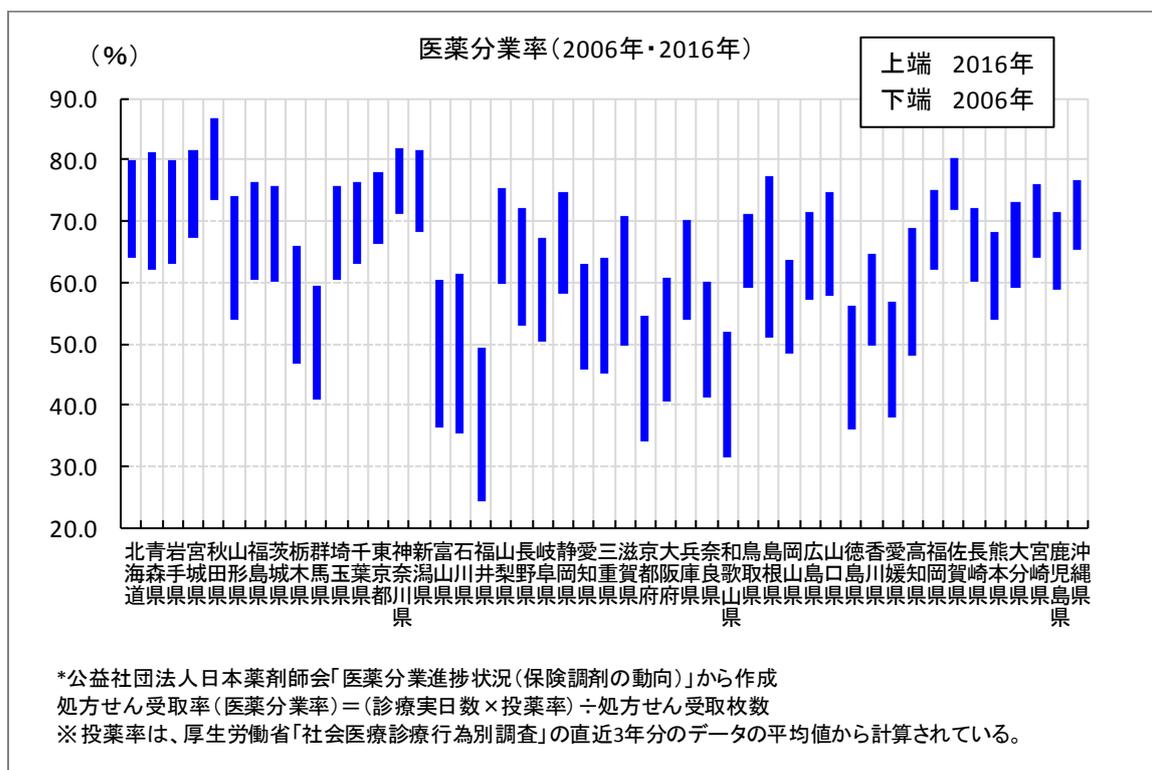


³ 処方せん受付枚数から推計されたものであり、院外処方の診療所の割合ではないことに注意。

医薬分業が、国民に共通のメリットであれば、院外処方全国展開するはずであるが、実際には都道府県別の医薬分業率⁴にはかなりの地域差がある（図 1.3.2）。結果的に、調剤に係る費用の患者負担にも地域差があり、医薬分業率が高い県では高負担になっている。

なお、秋田県の医薬分業率はもっとも高いが（2016 年度 86.9%）、後発医薬品数量割合は全国で 30 番目（2016 年度 68.9%）である⁵。

図 1.3.2 医薬分業率（2006 年・2016 年）



⁴ 各都道府県の医薬分業率は投薬率を全国一律として推計されたものであることに注意。
投薬対象数＝都道府県別入院外診療実日数×厚生労働省「社会医療診療行為別統計」の直近3年間投薬率の全国平均値

医薬分業率(処方せん受取率)＝都道府県別処方せん受取枚数÷投薬対象数×100(%)

⁵ 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成28年度版～」
全国平均は68.6%で、秋田県は全国平均を上回っているが全国30番目。

2. 薬局の経営概況

2.1. 「医療経済実態調査」

2016年度の調剤報酬改定は、大手門前薬局に厳しい改定であった。しかし大手門前薬局は2016年度に若干収益性を悪化させたものの、高い利益率を維持している。

「医療経済実態調査」によると、大病院（500床以上）前の損益差額率が10%超である（図2.1.1）。チェーン薬局（同一法人の店舗数20店舗以上）の損益差額率も10%超である（図2.1.2）。一般診療所（医療法人・入院収益なし）の損益差額率は2016年度6.0%であり、チェーン薬局に遠く及ばない。

では、なぜチェーン薬局では損益差額率が高いのだろうか。まず、チェーン薬局は処方せん1枚当たり単価が高く、特に医薬品費等が高い（図2.1.3）。

図 2.1.1 保険薬局（法人）・立地別 損益差額率

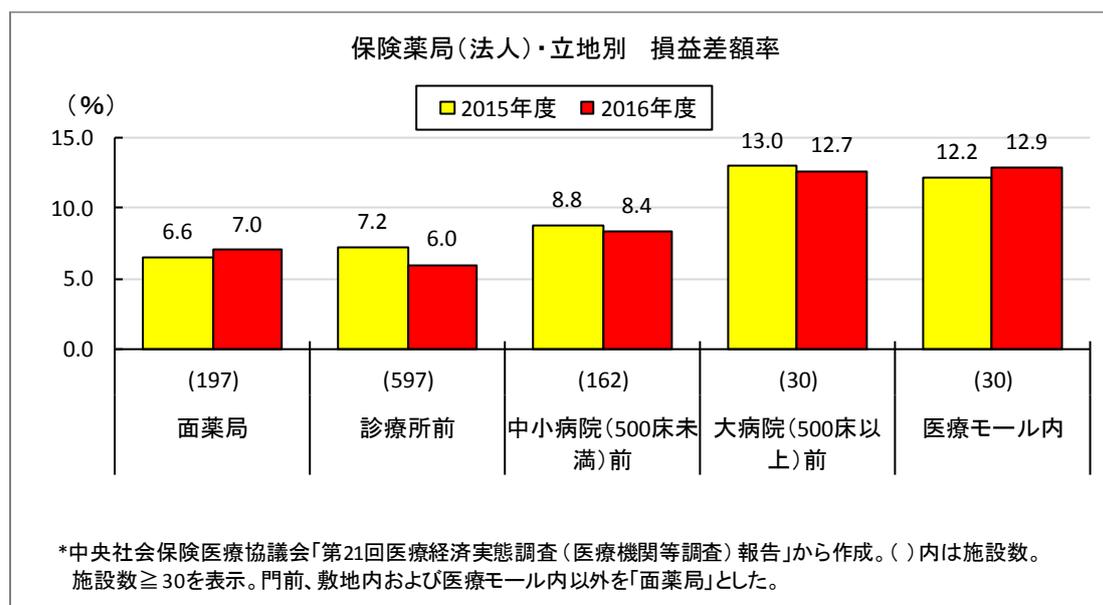


図 2.1.2 保険薬局（法人）・同一法人店舗数別 損益差額率

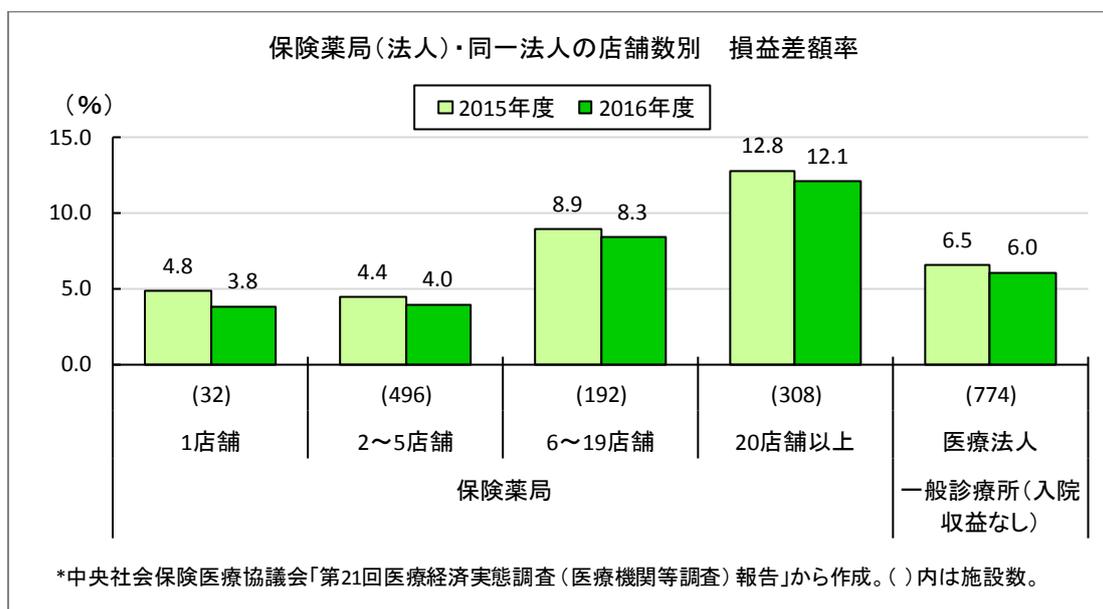
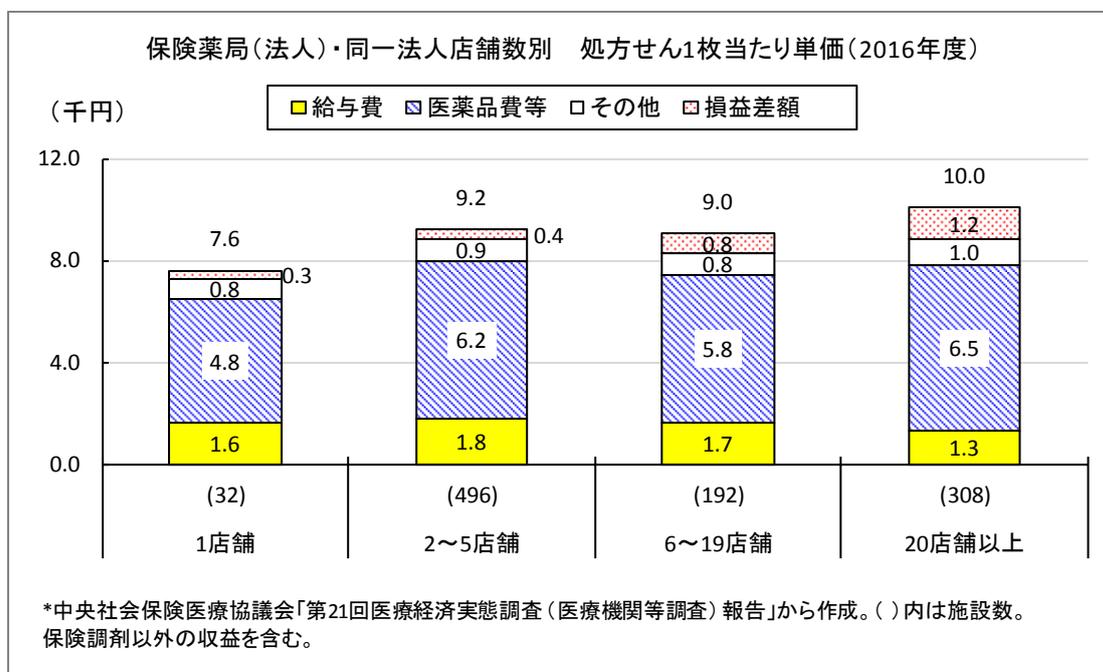


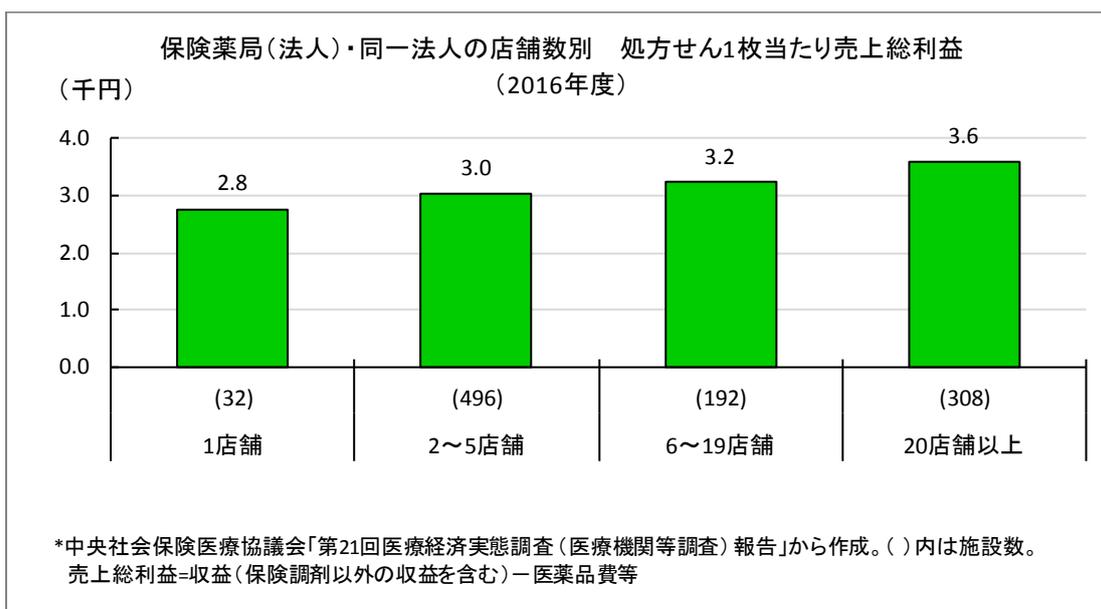
図 2.1.3 保険薬局（法人）・同一法人店舗数別 処方せん1枚当たり単価
(2016年度)



またチェーン薬局は、処方せん1枚当たりの売上総利益が高い（図 2.1.4）。すなわち特に大病院の門前にあるチェーン薬局は高額薬剤を扱っており、かつ大量購入のバイイングパワーがあることから薬価差益があるのではないかと推察される。

また門前の場合には、処方される医薬品がほぼ決まっていることから備蓄品目数を抑制でき、在庫管理コストを圧縮することもできる。

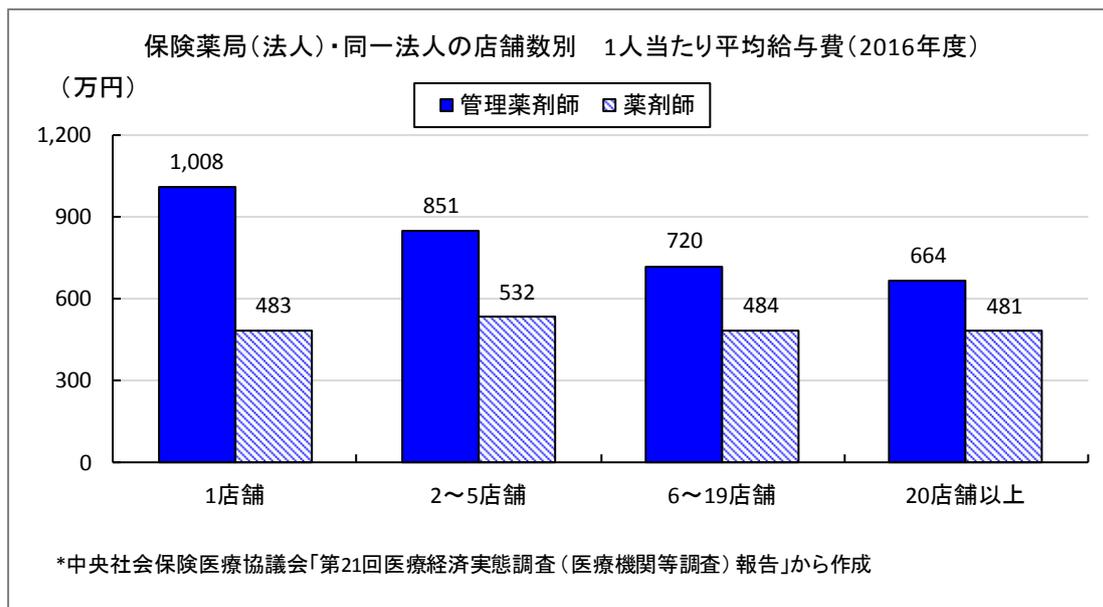
図 2.1.4 保険薬局（法人）・同一法人の店舗数別 処方せん1枚当たり売上総利益
(2016年度)



チェーン薬局では薬剤師の1人当たり平均給与費も低く押さえられている。1店舗の薬局では管理薬剤師の給与費が高いが（図 2.1.5）、管理薬剤師イコール社長（オーナー）であると推察される。チェーン薬局には当該店舗に社長や役員がいるわけではなく、管理薬剤師は店長クラスである。当該店舗が丸々社長の給与費を支払っているわけではないので、その分、1店舗当たりの給与費が薄まる。

このようにチェーン薬局は、購買力、在庫管理コスト、給与費において、必然的に収益性が高くなるビジネスモデルである。

図 2.1.5 保険薬局（法人）・同一法人の店舗数別 1人当たり平均給与費（2016年度）



2.2. 大手調剤薬局チェーン

上場大手調剤薬局チェーンでは、2016年度改定後、調剤事業のセグメント利益率（営業利益率に相当）がやや低下したが、利益率が10%近いところもある（図 2.2.1）。

上場している大手調剤薬局チェーン売上高上位5社の合計で、2016年度の当期純利益は213億円であり、このうち40億円を配当し、残り173億円を利益剰余金に積み増した。2016年度末の内部留保は1,107億円である（図 2.2.2）。

図 2.2.1 上場大手調剤薬局チェーンの利益率

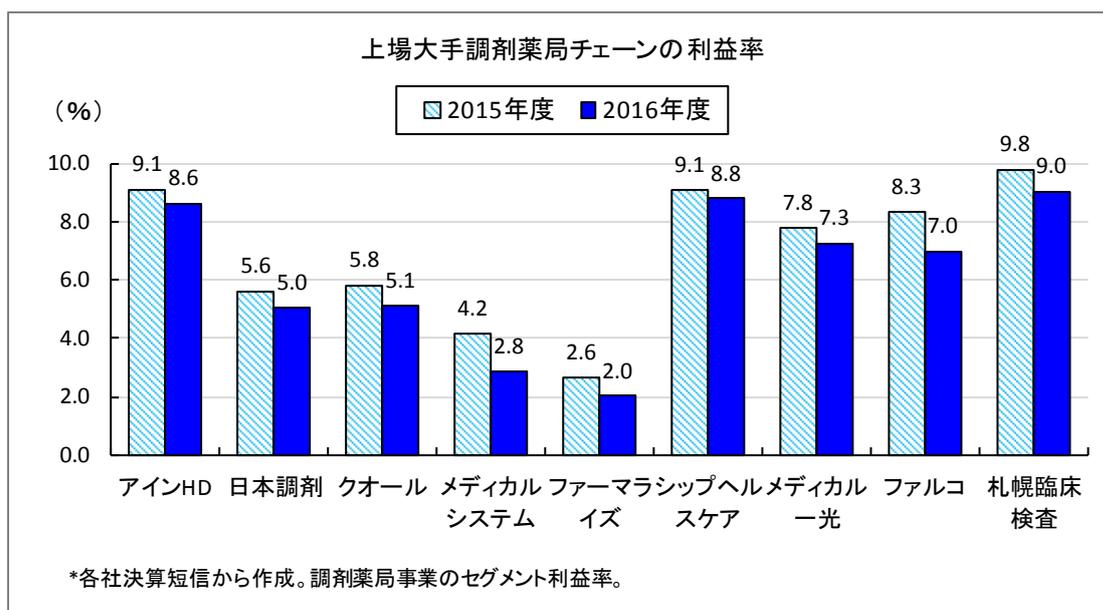
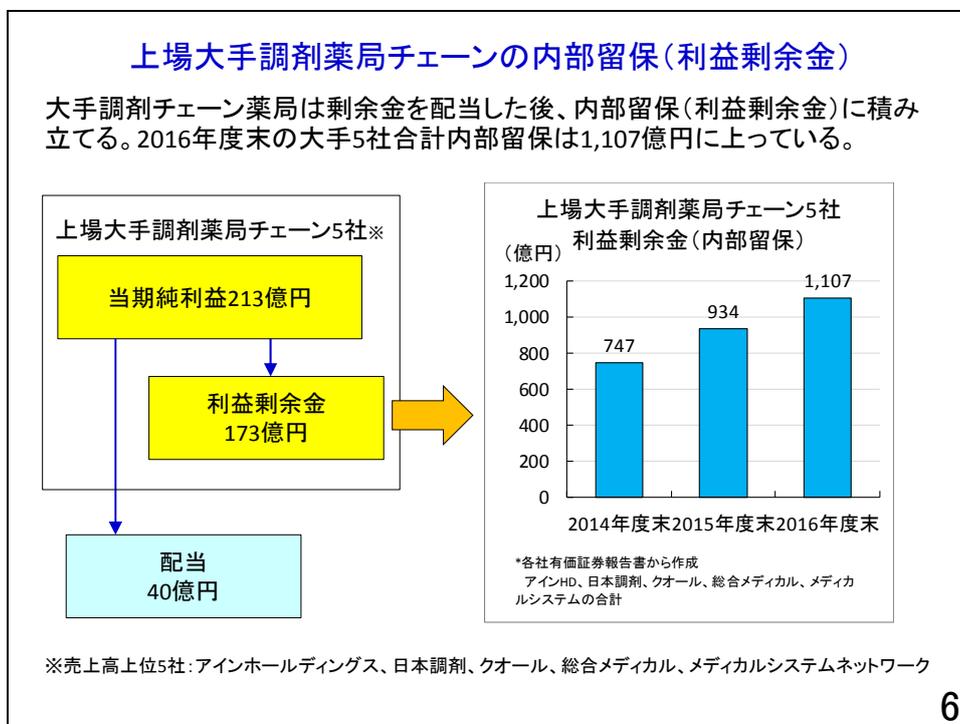


表 2.2.1 上場大手調剤薬局チェーンのセグメント売上高・利益

社名(本稿での略称)／セグメント	売上高(億円)			利益(億円)		
	2015年度	2016年度	増減(%)	2015年度	2016年度	増減(%)
アインホールディングス(アインHD)／医薬品事業	2,110	2,218	5.1	192	191	-0.6
日本調剤／調剤薬局事業	1,909	1,893	-0.8	107	96	-10.7
クオール／保険薬局事業	1,153	1,206	4.6	67	62	-8.2
総合メディカル／薬局	964	960	-0.5	(セグメント情報なし)		
メディカルシステムネットワーク(メディカルシステム)／調剤薬局事業	820	817	-0.4	34	23	-32.2
ファーマライズホールディングス(ファーマライズ)／調剤薬局事業	423	412	-2.7	11	8	-25.8
シップヘルスケアホールディングス(シップヘルスケア)／調剤薬局事業	251	260	3.6	23	23	0.4
メディカル光／調剤薬局事業	234	220	-6.0	18	16	-12.3
ファルコホールディングス(ファルコ)／調剤薬局事業	201	181	-9.8	17	13	-24.1
札幌臨床検査センター(札幌臨床検査)／調剤薬局事業	110	106	-4.0	11	10	-11.4

*各社決算短信から作成

図 2.2.2 上場大手調剤薬局チェーンの内部留保



3. 個別調剤報酬の動向

3.1. 調剤基本料および加算

3.1.1. 調剤基本料

2016年度改定において、大手門前薬局で「処方せん受付回数が月 2,000 回を超え、かつ集中率が 90%を超える」薬局は、もともと高い調剤基本料 1 (41 点) を算定できなくなった (なったはずであった。表 3.1.1)。

表 3.1.1 調剤基本料および基準調剤加算

調剤基本料			
	点数	要件(改定:2016年度改定、新設:2016年度新設)	特例除外※
調剤基本料1	41点		—
調剤基本料2	25点	① 処方せん受付回数月4,000回超 かつ集中率70%超	基本料1
		② (改定)処方せん受付回数月2,000回超 かつ 集中率90%超	
		③ (新設)特定の医療機関からの処方せん受付回数が月4,000回超(集中率にかかわらず対象)	
調剤基本料3 (新設)	20点	① 処方せん集中率が95%超の薬局	基本料1
		② 特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある薬局	
調剤基本料4	31点	基本料1の未妥結減算	—
調剤基本料5	19点	基本料2の未妥結減算	基本料4
調剤基本料6	15点	基本料3の未妥結減算	基本料4

※特例除外: 以下の場合には特例除外を算定できる

- 1) 薬剤師の5割以上がかかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に適合した薬剤師であること。
- 2) かかりつけ薬剤師指導料またはかかりつけ薬剤師包括管理料にかかる業務について相当な実績を有している(薬剤師一人当たり月100回以上算定(自己負担のない患者を除く))

調剤基本料 基準調剤加算

改定前		2016年度改定	
基準調剤加算1	12点	基準調剤加算	32点
基準調剤加算2	36点	調剤基本料1を算定している保険薬局のみ加算可	

「医療経済実態調査」によれば門前敷地内薬局は8割弱であるが(図 3.1.1)、2017年度には調剤基本料1はそれを上回る9割以上の薬局が算定している(図 3.1.2)。調剤基本料には、薬剤師1人当たりで、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の合計算定回数が月100回以上であれば調剤基本料1を算定できる特例があり、これを利用して調剤基本料1に復活しているところもあるものと推察される。

図 3.1.1 保険薬局(法人)・立地別 回答施設の内訳

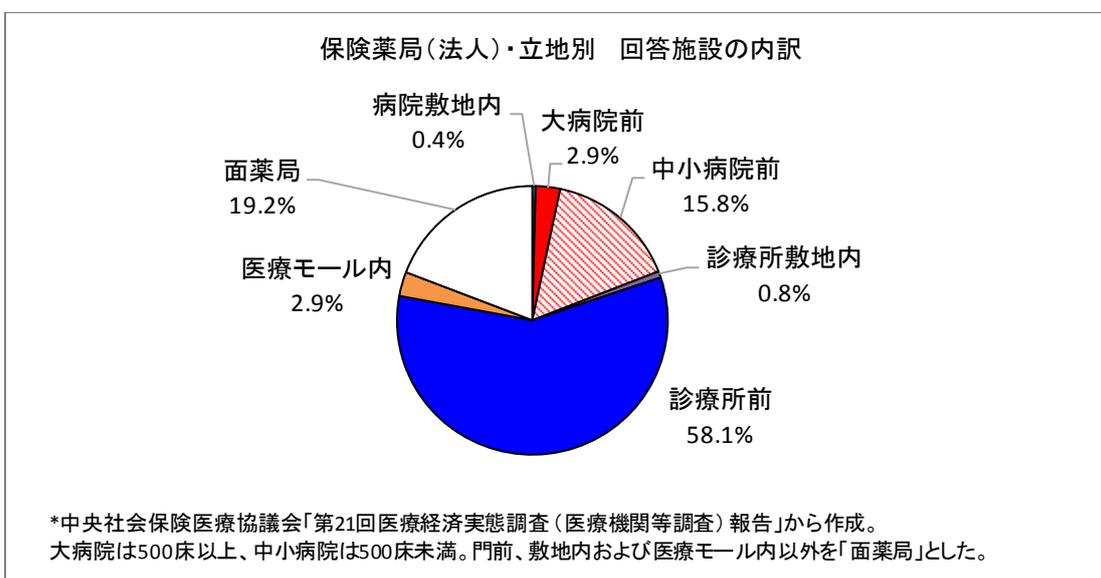
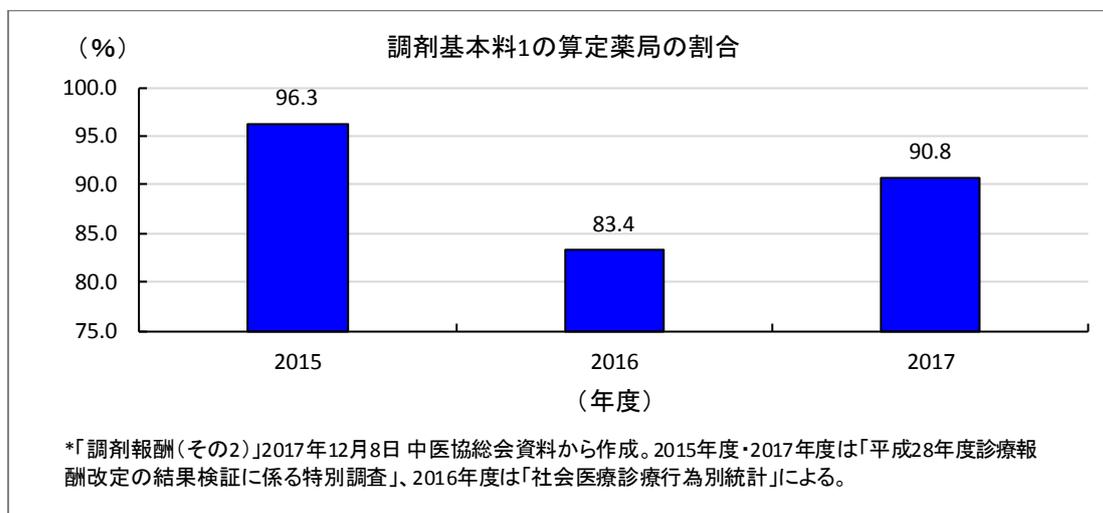
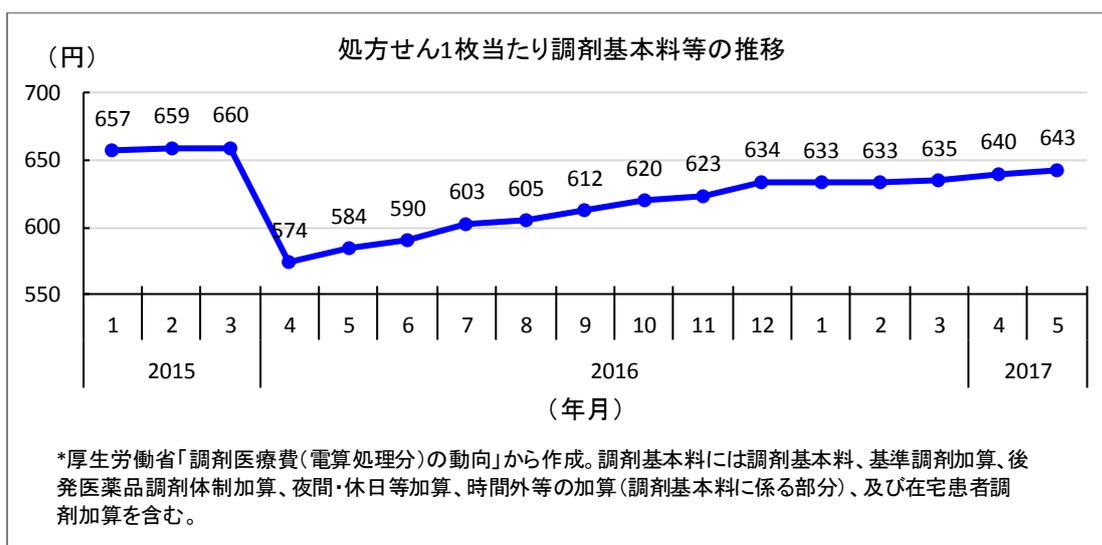


図 3.1.2 調剤基本料1の算定薬局の割合



2016年度の調剤報酬改定後、処方せん1枚当たり調剤基本料等（基準調剤加算、後発医薬品調剤体制加算等を含む）は2016年4月に574円に落ち込んだが、2017年5月には643円まで挽回した（図3.1.3）。調剤報酬で適正化しても、特例除外もあり、ほどなくその要件をクリアしていることがうかがえる。

図 3.1.3 処方せん1枚当たり調剤基本料等の推移



3.1.2. 後発医薬品調剤体制加算

処方せん1枚当たり調剤基本料等には、後発医薬品調剤体制加算も含まれる。2016年度改定で、後発医薬品調剤体制加算の基準を引き上げたが(表3.1.2)、後発医薬品調剤体制加算の要件が着実にクリアされていることも、処方せん1枚当たり調剤基本料等の上昇要因である。

表 3.1.2 後発医薬品調剤体制加算

	改定前		2018年度改定	
後発医薬品調剤体制加算1	調剤数量割合55%以上	18点	調剤数量割合65%以上	18点
後発医薬品調剤体制加算2	調剤数量割合65%以上	22点	調剤数量割合75%以上	22点

改定前の2015年3月に後発医薬品割合が65%以上の薬局は54.2%であったが、改定直後の2016年4月には59.5%に拡大した上、後発医薬品割合75%以上も着実に増加し(図3.1.4)、処方せん1枚当たり後発医薬品使用体制加算も持ち直している(図3.1.5)。

図 3.1.4 後発医薬品割合階級別保険薬局数構成割合

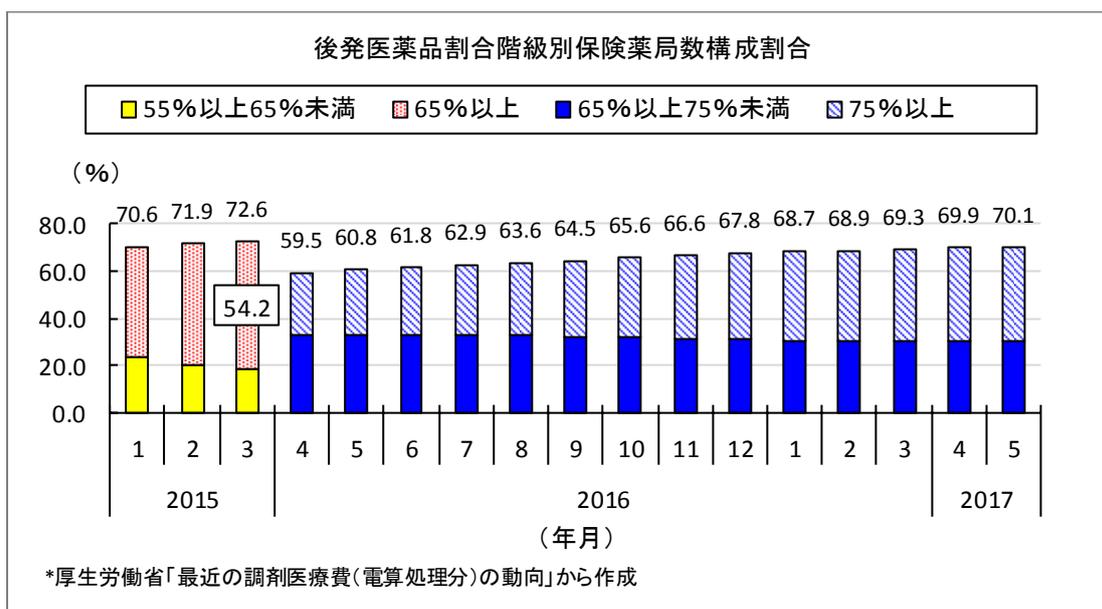
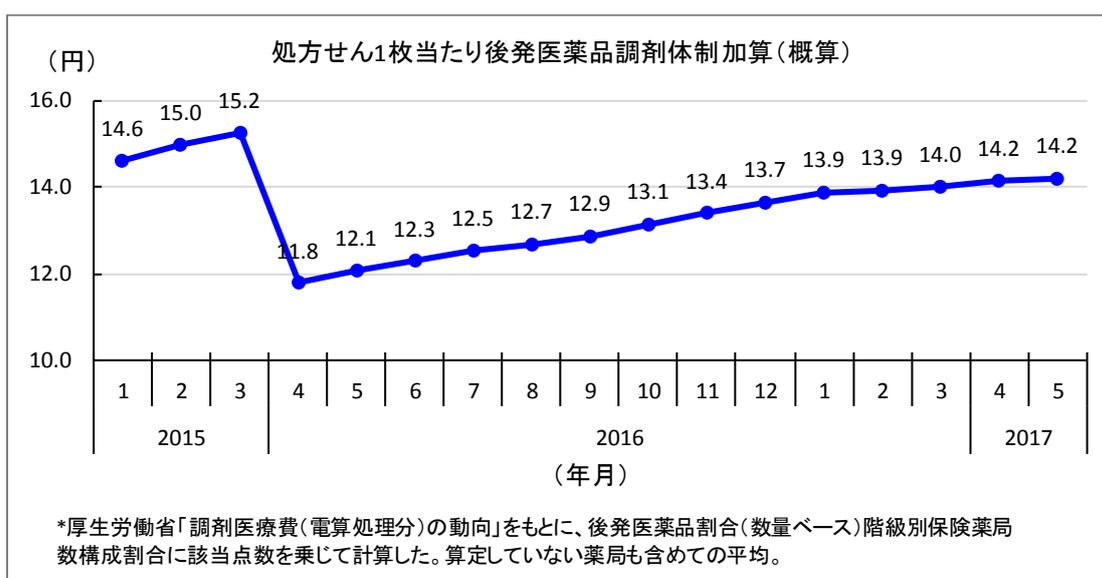


図 3.1.5 処方せん1枚当たり後発医薬品調剤体制加算(概算)



3.2. 薬学管理料および加算

3.2.1. 薬剤服用歴管理指導料

薬学管理料のほとんどは薬剤服用歴管理指導料である。薬剤服用歴管理指導料は、2016年度改定以前では、お薬手帳有りよりもお薬手帳記載無しの点数が低かったが、2016年度改定で逆転した。(表 3.2.1)。

すなわち、2016年度改定では、服薬状況の一元的な把握のために患者が同一の保険薬局に繰り返し来局することを進めるため、2回目以降の来局時の点数が低く設定されたのだが⁶、結果的に患者に“かかりつけられていない薬局”や大手門前薬局の収入を増やすことになった(ただし大手門前薬局では調剤基本料は減収になる(そうはいつでも特例で復活できる))。2016年度改定では、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料も創設された⁷。

表 3.2.1 薬剤服用歴管理指導料

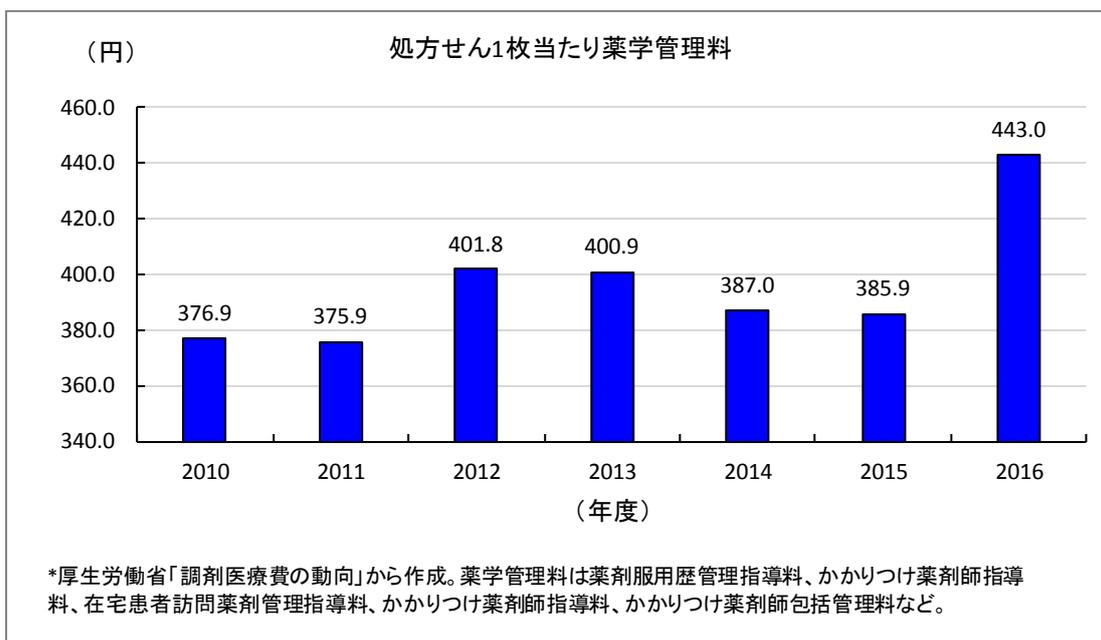
改定前		2016年度改定	
処方せんの受付1回につき	41点	1 原則過去6月以内に処方せんを持参した患者に対して行った場合	38点
「お薬手帳」記載なしの場合	34点	2 1の患者以外の患者に対して行った場合	50点
		手帳を持参していない患者 調剤基本料1・4以外の薬局(いわゆる大手門前薬局)	
		(新)かかりつけ薬剤師指導料	70点
		(新)かかりつけ薬剤師包括管理料	270点

⁶ 「個別改定項目について」2016年2月10日、中医協総会資料

⁷ 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分)」によると、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数は964回/月。なお6月は立ち上がり時期なので、その後増加している可能性はある。

処方せん1枚当たり薬学管理料は、2015年度には385.9円であったが、2016年度には443.0円に跳ね上がり（図3.2.1）、2016年度の処方せん1枚当たりの薬学管理料は過去最高水準になった。

図 3.2.1 処方せん1枚当たり薬学管理料



処方せん1枚当たり薬学管理料の内訳を見ると、まず、薬剤服用歴管理指導料単体で上昇し、加算部分も上昇している（図 3.2.2）。2016 年度改定で、麻薬管理加算以外の加算が軒並み引き上げられたためである（表 3.2.2）。

図 3.2.2 処方せん1枚当たり薬学管理料の内訳

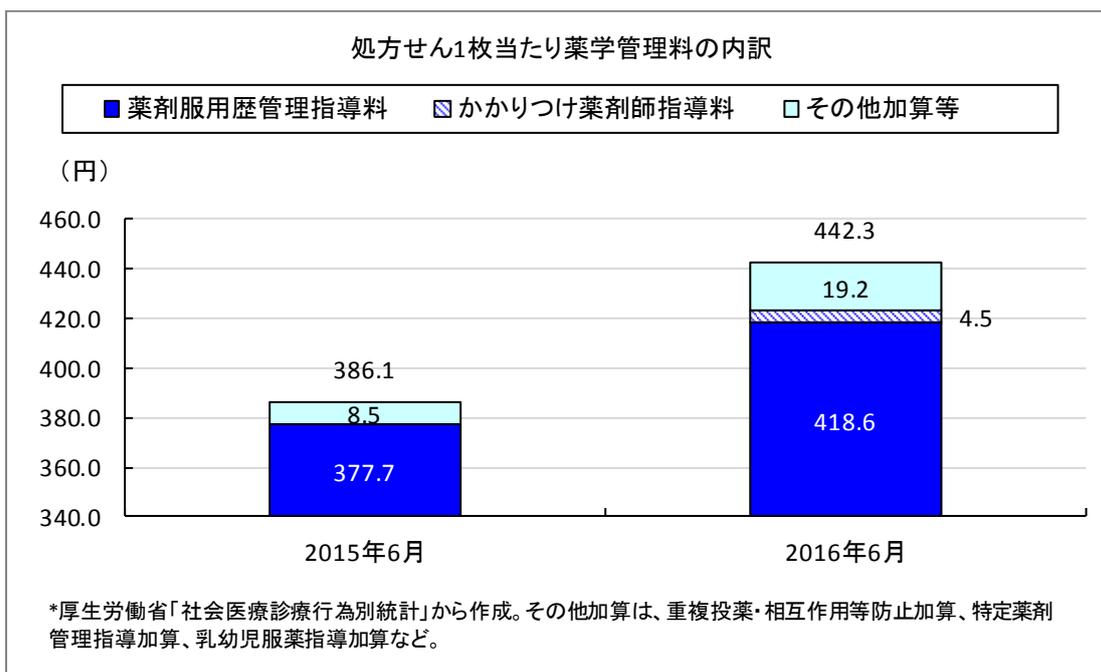


表 3.2.2 薬剤服用歴管理指導料の加算

	改定前	2016年度改定
麻薬管理加算	22点	22点
重複投薬・相互作用等防止加算		
処方変更あり	20点	30点
処方変更なし	10点	廃止
特定薬剤管理指導加算	4点	10点
乳幼児服薬指導加算	5点	10点

重複投薬・相互作用等防止加算

薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算算定回数はあまり増加してこなかったが、2016年度改定で20点（処方変更あり）から30点に引き上げられた途端、算定回数が一気に拡大した（図3.2.3）。2016年度改定では医科入院外で薬剤総合評価調整管理料連携管理加算が創設されたが、これはほとんど算定されていないので、重複投薬・相互作用等防止加算は医科との連携が進んだ結果として増えたわけではない。

図 3.2.3 重複投薬・相互作用等防止加算算定回数

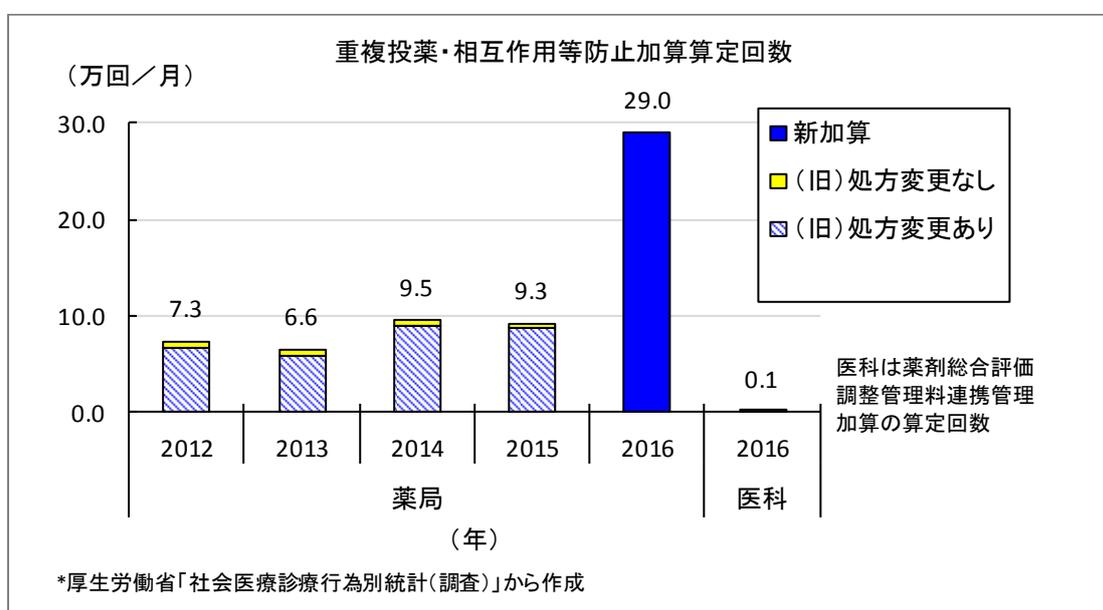


表 3.2.3 重複投薬・相互作用等防止加算等

		改定前	2016年度改定
薬局	重複投薬・相互作用等防止加算		
	処方変更あり	20点	30点
	処方変更なし	10点	廃止
医科入院外	薬剤総合評価調整管理料連携管理加算(新) ・ 処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関または 保険薬局との間で照会または情報提供を行った場合		50点

3.2.2. かかりつけ薬剤師指導料

2016 年度改定では、服薬状況を一元的・継続的に管理する目的で、かかりつけ薬剤師指導料が創設された⁸。

診療所の地域包括診療料・加算では、常勤医師が 2 人以上配置されていることが届出の要件であるが⁹、薬局のかかりつけ薬剤師指導料は保険薬剤師 1 人でも良く、週 32 時間以上の勤務(常勤ではなくて良い)が要件である(表 3.2.4)。また、その薬剤師は、「当該保険薬局に 6 月以上在籍していること」という要件であるが、6 か月は“顔なじみ”になれる程の長さでもない。

医科の地域包括診療料・加算では、地域包括ケアシステムの構築にむけ、介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていることは必須であり、その上で居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供、地域ケア会議への年 1 回以上の出席などの中から、最低でも 1 つを満たさなければならない。

一方、かかりつけ薬剤師指導料では、「地域活動の取組に参画していること」という要件がある程度である。「患者のための薬局ビジョン」(2015 年 10 月)¹⁰では、かかりつけ薬剤師が地域包括ケアシステムの一翼を担うことが期待されているが(表 3.2.5)、かかりつけ薬剤師指導料には地域包括ケアシステムの構築を見据えた要件はない。

⁸ かかりつけ薬剤師包括管理料(薬剤服用歴管理指導料、調剤料、調剤基本料の包括で 270 点)も創設されたが、今までのところほとんど算定されていない。

⁹ 地域包括診療加算では、ア) 時間外対応加算 1 または 2 を算定していること、イ) 常勤医師が 2 人以上配置されていること、ウ) 在宅療養支援診療所であること、のいずれかひとつを満たす必要がある。

¹⁰ 厚生労働省「「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～」2015 年 10 月 23 日

表 3.2.4 かかりつけ薬剤師指導料

かかりつけ薬剤師指導料	70点(1回につき)
[算定要件(抜粋)]	
① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。	
③ 患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない。	
[施設基準]	
以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。	
(1) 以下の経験等を全て満たしていること。	
ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。	
イ <u>当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。</u>	
ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。	
(2) 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ていること。	
(3) <u>医療に係る地域活動の取組に参画していること。</u>	
例 ・ 地域ケア会議など地域で多職種が連携し、定期的に継続して行われている医療・介護に関する会議への主体的・継続的な参加	
・ 地域の行政機関や医療・介護関係団体等(都道府県や郡市町村の医師会、歯科医師会及び薬剤師会並びに地域住民に対して研修会等サービスを提供しているその他の団体等)が主催する住民への研修会等への主体的・継続的な参加	

表 3.2.5 患者のための薬局ビジョン

「患者のための薬局ビジョン」概要版から抜粋
患者本位の医薬分業の実現に向けて
地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬局が服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たす、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現に取り組む。
かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能
地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬情報の一元的・継続的把握 ・ 24時間対応・在宅対応 ・ 医療機関等との連携

3.3. 調剤料

調剤料は医科院内処方と薬局の点数格差が特に大きい項目である。

内服薬の調剤料は、医科院内処方では処方日数にかかわらず 1 回 90 円である。薬局の場合、14 日分までの 7 日目までは 50 円×日数、8 日～14 日目までは 40 円×日数、15 日分以上 21 日分以下は 1 回 700 円、22 日分以上 30 日分以下は 1 回 800 円、31 日分以上は 1 回 870 円である（表 3.3.1）。また、薬局では薬剤は 3 剤まで算定できるので、3 剤であれば単純に 3 倍になる。

外用薬については、医科院内も薬局も日数にかかわらず 1 回当たり定額であるが、医科院内 60 円に対して、薬局 100 円である。

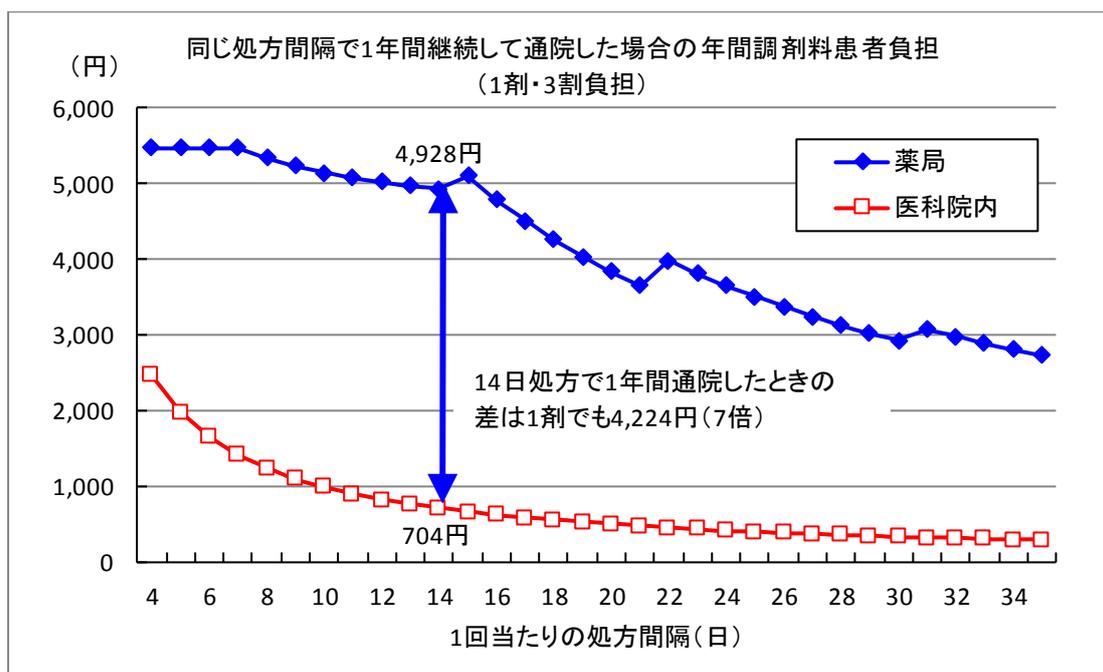
表 3.3.1 調剤料

内服薬			
医科院内		薬 局	
日数にかかわらず	9点	14日分以下 7日目以下	5点 /日
		14日分以下 8日目以上	4点 /日
		15日分以上 21日分以下	70点 (一定)
		22日分以上 30日分以下	80点 (一定)
		31日分以上	87点 (一定)
		14日処方の場合 1回 63点	
		7日目まで	5点×7日=35点
		8日目～14日目	4点×7日=28点
		服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1剤として算定。4剤分以上の部分については算定しない。	
外用薬			
医科院内		薬 局	
日数にかかわらず	6点	日数にかかわらず	10点

内服薬について、処方日数が長くなると処方間隔が開くので処方日数が長いほど保険薬局の調剤料に係る収入が増えるというわけではないが、14日分までの日数比例は、実態としては自動化が進んでいるにもかかわらず、調剤を手作業で行う前提であるのではないと思われる。15日分以上では1回当たりになるが、医科院内処方と比べると調剤料の患者負担には大きな差がある（ほかの調剤報酬項目でもそうだが）。

1剤14日処方でも2週間ごとに継続して通院した場合、年間調剤料患者負担（3割）は、医科院内704円、薬局4,928円である（図3.3.1）。

図 3.3.1 同じ処方間隔で1年間継続して通院した場合の年間調剤料患者負担
(1剤・3割負担)



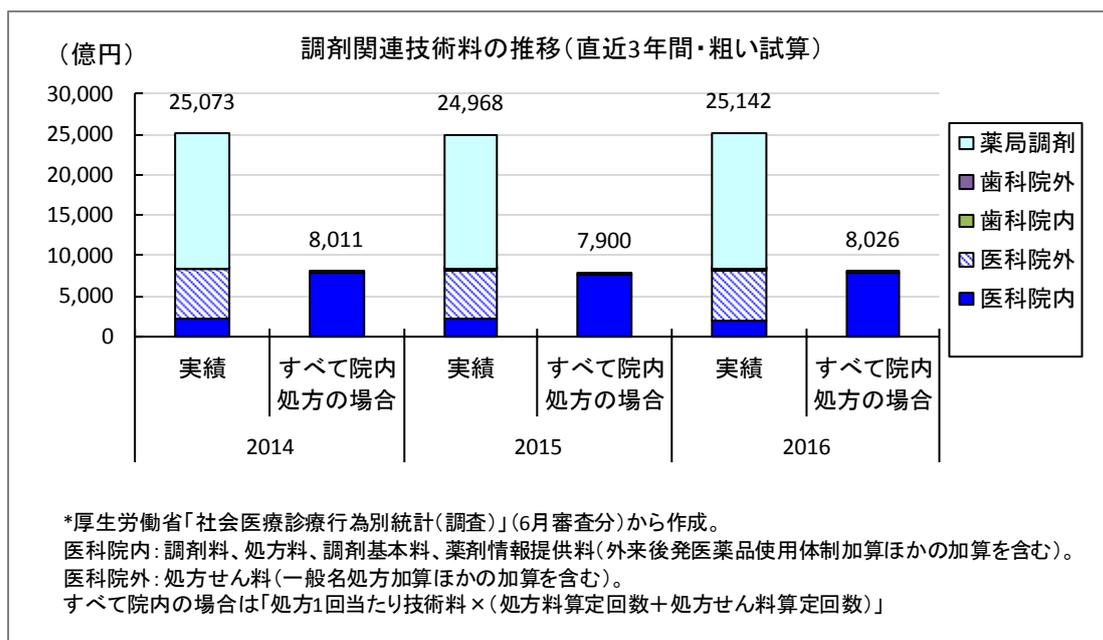
4. 医科と薬局の調剤関連費用

4.1. 院内処方と院外処方の患者負担

院外処方の患者負担は2、3倍から4倍以上にもなる（表 4.1.1）。生活習慣病で複数疾患がある場合の患者負担は、院外処方が院内処方を1,000円以上上回ることも珍しくない。

調剤関連技術料は院内、院外あわせて2兆5,000億円を超えているが、仮にすべての処方を院内処方の点数で対応したとした場合の費用は約8,000億円である（図 4.1.1）¹¹。この差に見合う機能を果たしているのか、医薬分業の成果についての検証は十分ではない¹²。

図 4.1.1 調剤関連技術料の推移（直近3年間・粗い試算）



¹¹ 診療所では現在、常勤薬剤師が必要な調剤技術基本料は約1割（処方料算定回数に対する割合）しか算定されておらず、その前提で計算。財源が確保できれば薬剤師の配置も可能であり、その場合には、院内処方と院外処方の差は若干だけ縮小する。

¹² 個別には、全国の薬剤師が行う薬学的疑義照会によって年間約236億円の医療費削減効果があったとする研究がある。（公益社団法人日本薬剤師会委託事業「平成27年度全国疑義照会調査報告書」2016年1月21日）また、処方せん受取率100%であれば、0%の場合と比べて1日あたり薬剤料が27.0%削減できることが示唆されたという研究もある。（「医薬分業による薬剤費削減効果の検討」パスカル薬局・横井正之（2012年5月、滋賀県薬会誌）。「Global Journal of Health Science」(Canadian Center of Science and Education)に掲載-2015年5月11日、健康・医療WG 厚生労働省提出資料「医薬分業の評価について」より。）

表 4.1.1 院内処方と院外処方の費用（例）

高脂血症1種類:1日1回夕食後28日分

院内処方(医科)		院外処方(医科+薬局)			
医科	処方料	420	医科	処方せん料	680
	特定疾患処方管理加算(28日以上)	650		特定疾患処方管理加算(28日以上)	650
	外来後発医薬品使用体制加算1	40		一般名処方加算2	20
	調剤技術基本料(※)		薬局	調剤基本料1	410
	調剤料(内服薬(28日分))	90		後発医薬品調剤体制加算1	180
	薬剤情報提供料	100		調剤料(内服薬(28日分))1剤	800
	手帳記載加算	30		薬剤服用歴管理指導料	380
計	1,330	計	3,120		
患者負担(3割)	399	患者負担(3割)	936		

高脂血症1種類:1日1回夕食後28日分、高血圧1種類:1日3回朝・昼・夕食後28日分

糖尿病1種類:1日3回朝・昼・夕食後28日分

院内処方(医科)		院外処方(医科+薬局)			
医科	処方料	420	医科	処方せん料	680
	特定疾患処方管理加算(28日以上)	650		特定疾患処方管理加算(28日以上)	650
	外来後発医薬品使用体制加算1	40		一般名処方加算2	20
	調剤技術基本料(※)		薬局	調剤基本料1	410
	調剤料(内服薬(28日分))	90		後発医薬品調剤体制加算1	180
	薬剤情報提供料	100		調剤料(内服薬(28日分))3剤	2,400
	手帳記載加算	30		一包化加算	1,280
薬剤服用歴管理指導料			380		
計	1,330	計	6,000		
患者負担(3割)	399	患者負担(3割)	1,800		

急性気管支炎:1種類1日3回朝・昼・夕食後5日分 お薬手帳なし

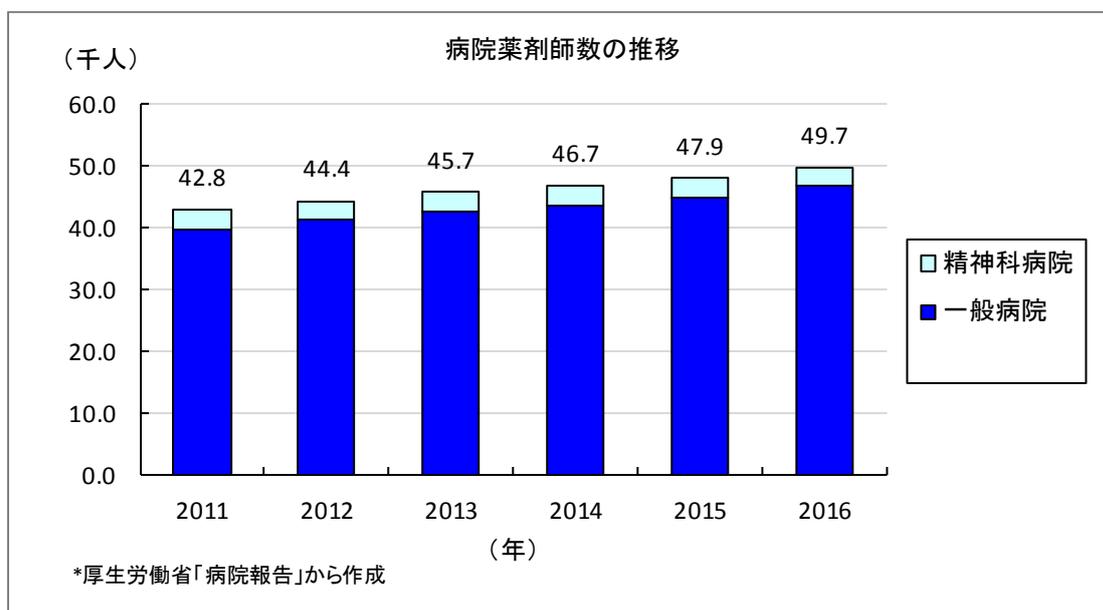
院内処方(医科)		院外処方(医科+薬局)			
医科	処方料	420	医科	処方せん料	680
	外来後発医薬品使用体制加算1	40		一般名処方加算2	20
	調剤技術基本料(※)		薬局	調剤基本料1	410
	調剤料(内服薬(5日分))	90		後発医薬品調剤体制加算1	180
	薬剤情報提供料	100		調剤料(内服薬(5日分))	250
薬剤服用歴管理指導料			500		
計	650	計	2,040		
患者負担(3割)	195	患者負担(3割)	612		

※ 院内処方(医科)にも調剤技術基本料があるが、薬剤師が常勤していることが条件であり、診療所では約1割(処方料算定回数に対する割合)しか算定されていないので、計上していない。

4.2. 病院薬剤師

病院で従事する薬剤師数は増加傾向にある（図 4.2.1）。しかし、病院の調剤関連業務を直接的に評価する診療報酬は限定的である。

図 4.2.1 病院薬剤師数の推移



一般病院における薬剤師の給与総額は2,639億円と推計されるが、診療報酬による手当は薬剤管理指導料ほかの760億円に過ぎない（図 4.2.2）。

病院・診療所合計でも薬剤関連業務を評価した診療報酬は約1,200億円にとどまっている（表 4.2.1）¹³。

¹³ 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」の6月審査分を年換算して計算しているため、2016年度通期ではさらに多い。

図 4.2.2 一般病院の薬剤師給与総額と診療報酬による手当（2016年度）

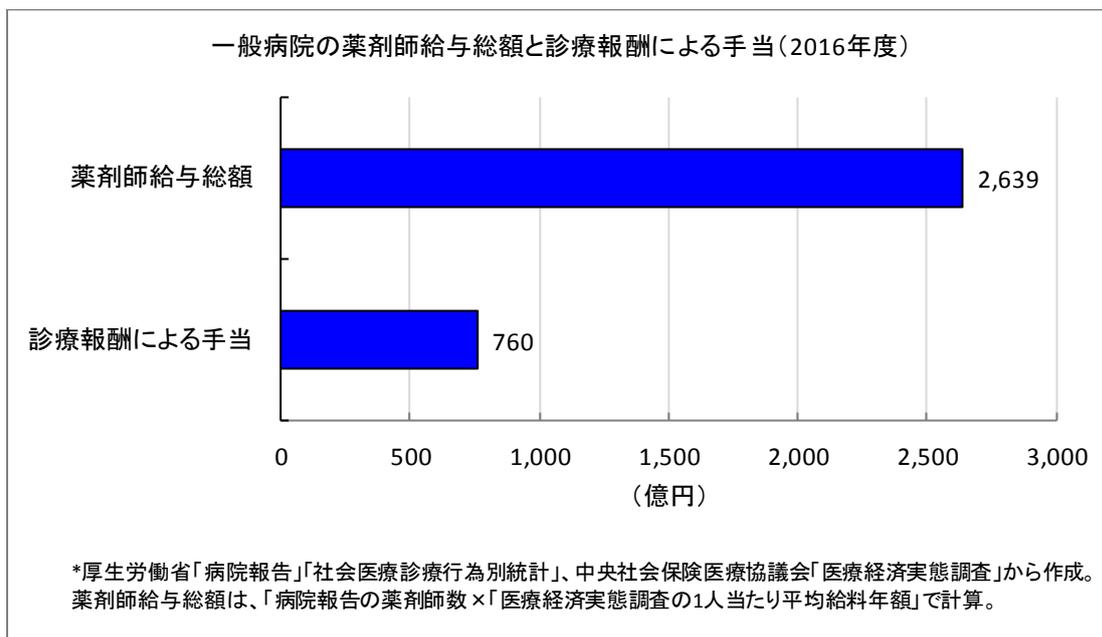


表 4.2.1 医科薬剤関連業務に係る診療報酬（2016年度）

処方料、処方せん料は医師の評価であるため除く (億円)

		一般病院 (出来高)	一般病院 (DPC)	精神科 病院	病院計	診療所	合計
入院	調剤料	46	56	23	125	7	132
	調剤技術基本料	10	12	3	26	0	26
	薬剤管理指導料	159	291	21	471	0	471
	病棟薬剤業務実施加算	21	8	0	29	0	29
	退院時薬剤情報管理指導料	6	14	0	20	1	21
	計	242	381	48	671	8	679
入院外	調剤料	27	21	4	52	203	255
	調剤技術基本料	15	12	2	29	17	46
	薬剤総合評価調整管理料	1	0	0	1	19	19
	薬剤情報提供料	40	22	18	79	163	242
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	0	0	0	0	0	0
	計	83	55	24	161	401	562
合計	325	435	72	832	409	1,241	

*厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(6月審査分)から年換算。それぞれ加算を含む。
 一般病院(DPC)は、一般病院(出来高)と同様に投薬が行われていると仮定して計算した。

おわりに

大手門前薬局は小規模面薬局に比べると、在庫効率化等によって収益性が上がりやすい。調剤報酬を適正化しても、その経営体力からほどなく要件をクリアする。そして利益を配当し（医療法人は剰余金の配当は認められていない）、内部留保を積み増している。経営努力もあり、株式会社としては当然の行動ではあるが、財源は、税金、保険料、患者一部負担金である。国民、被保険者、患者の納得を超える利益を得ている薬局に対しては、大胆な適正化が必要であろう。

財政審建議は、大手門前薬局がコストに見合ったかかりつけ薬剤師・薬局の機能を果たしているとは考えにくいと述べている。もちろん機能を果たしていれば問題はないが、現在の調剤報酬では、十分に機能を評価できていないと思われる。たとえば、かかりつけ薬剤師指導料については、「患者のための薬局ビジョン」にあるように、地域包括ケアシステムの一翼を担っているかどうかを、明確に求めてはどうかと考える（現状の要件は、医療に係る地域活動の取組に参画していることぐらいである）。そのことによって、地域に根づいて、まさにかかりつけ機能を担っている薬剤師や、医療機関が少ない地域で集中率が高くなりがちな薬局も評価できるのではないだろうか。

医科との関係では、同じ技術（調剤料）、同じ体制（調剤基本料）であっても、薬局は医科院内に比べて診療（調剤）報酬が高い。医薬分業を推進するためではあったろうが、患者にとっては不合理であり、是正すべきである。そもそも医薬分業の成果がきちんと検証されていないことも問題である（個別には医療費削減効果がいくらという推計はあるが）。

また、病院で薬剤業務が拡充し、多くの薬剤師が雇用されているが、医科診療報酬では、薬剤業務を評価する報酬が薄いように思われる。医科、薬局の縦割ではなく、将来的に薬剤業務を横断的にみた評価体系のあり方を検討することも提言したい。

参考資料

調剤医療費・調剤報酬・医薬分業

- 厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向～平成 28 年度版～」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/16/gaiyou.html>
- 厚生労働省「社会医療診療行為別統計（調査）」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/26-19.html>
- 公益社団法人日本薬剤師会「医薬分業進捗状況（保険調剤の動向）」
http://www.nichiyaku.or.jp/kokumin.php?global_menu=医薬分業について&side_menu=医薬分業進捗状況
- 公益社団法人日本薬剤師会委託事業「平成 27 年度全国疑義照会調査報告書」2016 年 1 月 21 日
<http://www.nichiyaku.or.jp/wp-content/uploads/2016/1/gigihokoku.pdf>
- 厚生労働省「「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～」2015 年 10 月 23 日
http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinikyoku-Soumuka/vision_1.pdf

経営

- 中央社会保険医療協議会「第 21 回医療経済実態調査の報告（平成 29 年実施）」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/jittaityousa/21_houkoku.html

その他

- 財政制度等審議会「平成 30 年度予算の編成等に関する建議」2017 年 11 月 29 日

http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia291129/04.pdf

- 厚生労働省「病院報告」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/80-1.html>

