

日医総研ワーキングペーパー

院外処方の評価に関する研究

—医薬分業元年から約40年を経た

調剤報酬の妥当性についての考察—

No. 291

2013年7月

日本医師会総合政策研究機構

矢澤 真奈美

院外処方の評価に関する研究

—医薬分業元年から約 40 年を経た調剤報酬の妥当性についての考察—

日本医師会総合政策研究機構 矢澤真奈美

キーワード

- ◆ 医薬分業政策
- ◆ 院外処方の増加
- ◆ 規模の経済
- ◆ 調剤サービス市場の営利性
- ◆ 調剤薬局のチェーン展開
- ◆ 一施設あたり処方せん受付枚数の増加

ポイント

- ◆ 日本における医薬分業は、西洋医学の流入とともに、江戸末期・明治初期からはじまった。
- ◆ 医薬分業政策によって、院外処方が増加している。処方総数に占める院外処方の割合（院外処方率）は平成 23 年度で約 65%である。調剤薬局を取り巻く環境は時代とともに変化している。
- ◆ 日本薬剤師会によって昭和 49 年（1974）は「分業元年」とされているが、院外処方の増加が顕著な伸びをみせるのは、1990 年代以降である。院外処方への誘導は、診療報酬および薬価差益の縮小によって行われてきた。
- ◆ 院外処方の増加に伴い、調剤薬局一施設あたりの処方せん受付枚数を増加させている。同時に、調剤薬局のチェーン展開が顕著である。これらによって、規模の経済が働き、調剤薬局の高利潤化をまねいている可能性がある。つまり、院外処方が少なかった時代においては、調剤薬局の経営のために、一回の調剤に対して、ある程度高い点数が必要であったことは推測できるが、院外処方が増加した現在、調剤報酬の妥当性を考える必要がある。
- ◆ 調剤報酬の妥当性を検討するためには、調剤サービスの価格である診療報酬と調剤報酬の推移を把握する必要がある。しかしながら、診療報酬と調剤報酬の点数を時系列で比較する研究は、これまで行われていない。そのため、本研究では、診療報酬の調剤部分と調剤報酬との点数の比較を行い、医療機関と調剤薬局との点数の差が、歴史的に存在してきたことを明らかにした。このことは、調剤報酬の妥当性を検討するにあたり、重要な意味を持つものである。

- ◆ 研究方法は、単に点数表の比較では調剤サービスの価格としての把握が困難なため、現実的と考えられる前提条件を置いたうえで、その変遷を確認した。その結果、調剤報酬は歴史的に高い価格が設定されてきたことが明らかになった。
- ◆ 今後引き続き、調剤報酬の妥当性についての検討を行う必要がある。

目次

はじめに	1
本研究の要約.....	2
1. 医薬分業政策と院外処方を経緯	14
1-1. 医薬分業のはじまり.....	14
1-2. 医薬分業と「院内処方」「院外処方」	15
1-3. 調剤に関する法律上のきまり	17
1-4. 院外処方への誘導	19
2. 院外処方を取り巻く環境	21
2-1. 院外処方の増加	21
2-2. 調剤薬局数・開設者割合および処方せん受付枚数の推移	23
2-3. 薬剤師の就業場所の変化	27
2-4. 調剤医療費の推移	28
2-5. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の促進	31
3. 調剤報酬の妥当性についての考察	32
3-1. 本稿の目的	32
3-2. 院内処方と院外処方での患者負担の違い.....	35
3-3. 調剤の基本的な技術料を用いた患者負担の比較	39
3-4. 調剤サービス価格の変遷に関する研究.....	41
4. 考察.....	50
5. 今後の課題	51

はじめに

日本における医薬分業は江戸末期・明治初期にその原点をもつ。西洋文化の流入とともに、西洋医学が広がりを見せた。西洋諸国では医療機関と薬局の機能は分かれており、日本でも医薬分業を進めようとする動きがあった。ゆえに、医薬分業政策の歴史も非常に長いものがある。また、医薬分業というテーマは、非常に広範囲に関係するものである。そのため本稿では、歴史的経緯と取り巻く環境を外観し、「院外処方増加」に焦点を当て、考察を行った。

本稿では、2つのことを大きな目的としている。

1つ目は、医薬分業政策の歴史的経緯と院外処方を取り巻く環境を整理することである（第1章、第2章）。医薬分業政策と院外処方増加を考察するうえで、医薬分業政策の流れと、それによってもたらされた結果がどのような状況であるのか、把握する必要があるからである。

2つ目は、医療機関と調剤薬局での調剤に関する技術評価の相違および歴史の変遷を整理することである（第3章）。実際に、そのような整理を行った先行研究はなく、調剤薬局と医療機関の報酬がどのように推移してきたかを把握することは、現在の状況がなぜもたらされているのかを理解するうえで重要である。特に、近年の「調剤バブル」と指摘されるような状況が規模の経済によって生じている可能性が考えられ、そのことは現在の調剤報酬の妥当性について検討する必要があることを意味している。本稿では、日本薬剤師会が「分業元年」と位置付けている昭和49年（1974）から、医療機関と調剤薬局のそれぞれの点数がどのような変遷をたどってきているのかを分析している。

この資料は、医薬分業政策が、これまで歴史的にどのように進められ院外処方を増加させたのか、また院外処方増加が、国民にとっていかなる影響を与えるのかを考えていただくための、問題提起として位置付けている。

- ※ 調剤薬局と保険薬局は同義であるが、本報告書内では調剤業務を行う薬局という意味を強調するため、「調剤薬局」に表記を統一している。
- ※ 院外処方は医科と歯科の両方に関係するものであるが、本稿では医科のみを対象としている。

本研究の要約

院外処方の評価に関する研究

—医薬分業元年から約 40 年を経た調剤報酬の妥当性についての考察—

本研究は大きく 3 つに分けて構成されている。第 1 章では、医薬分業の歴史的経緯を概観している。第 2 章では、これまでの医薬分業政策を取り巻く状況を示している。そのうえで、第 3 章では、調剤報酬の妥当性という点に焦点を絞り分析を行った。調剤報酬は、院外処方の少なかった時代には、調剤薬局の経営面から高い点数が設定されている必要があったと考えられる。そして、近年の調剤薬局の高利潤は、規模の経済が働いていると考えられる。その検証のための第一段階として、これまでの調剤報酬の変遷を明らかにした。

1. 医薬分業政策と院外処方の経緯

● 医薬分業政策のはじまり

日本では、古来より、医療は東洋医学（漢方）の流れを受けた「院内処方」であった。江戸末期に西洋医学が流入し、明治初期に医制によって東洋医学の修得者を医師とすることが定められたことによって、医師と薬剤師の業務の分離を目指す医薬分業が目指されることになった。

しかし、医薬分業が意図するものは、時代の流れを受けて変化をみせる。昭和 30 年代頃における「医薬分業」は、診察・治療は医師が行い、調剤・投薬を薬剤師が行うということを目指しており、専門職間の業務分担を意識したものであった。それが、1980 年代の医療費抑制の影響を受けるかたちで、場所の分離も含めた「処方—医師—医療機関」と「調剤—薬剤師—調剤薬局」をまとまりとし、「医薬分業＝院外処方」を意味する政策へと変化していったと考えられる。

● 院外処方への誘導

院外処方への誘導は、その分岐点となる医療機関に対して行われてきた。

その背景には、1980 年代の、医療費抑制の流れが大きな影響を与えたと考えられる。この時期、医薬品の公定価格である薬価と、仕入れ値の差額によって生じる大きな薬価差益

が、医療機関の投薬治療を促している問題視する風潮が強まり、大幅な薬価引き下げが行われた。以降も継続した薬価の引き下げや薬価算定方式の変更が行われ、薬価差益は着実に縮小された。このことによって医療機関にとっては医薬品に頼らない経営へと転換するきっかけとなったが、同時に院外処方へ移行しやすくする土台を作ったことになる。

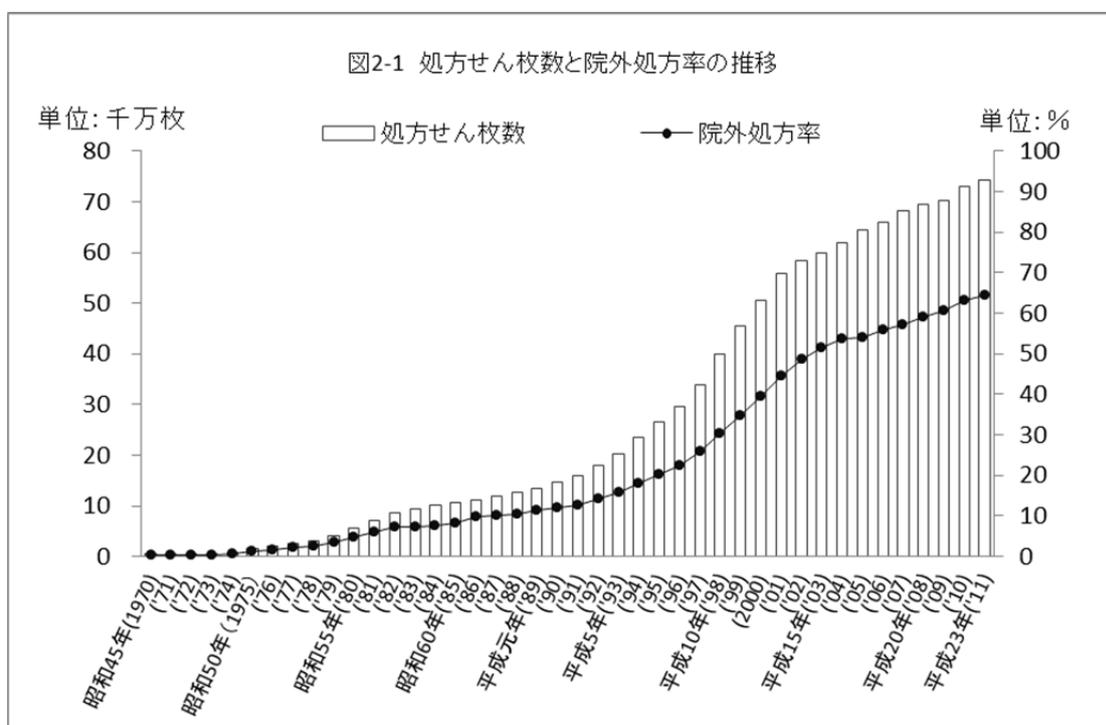
さらに、院内処方の場合に算定する「処方料」よりも、院外処方の場合に算定する「処方せん料」を高く設定することによって、医療機関に院外処方を選択するインセンティブを与えた。

2. 院外処方を取り巻く環境

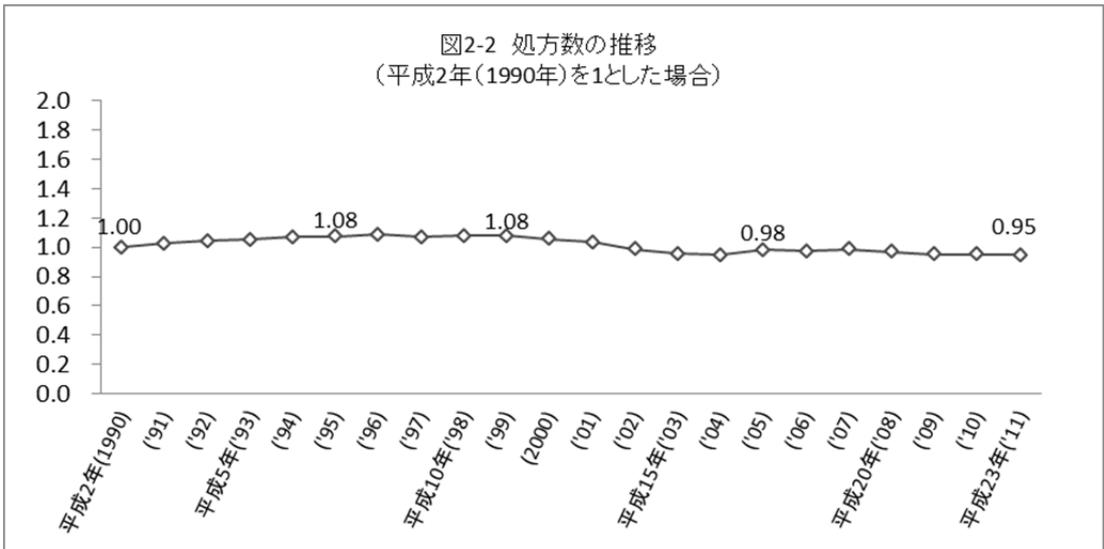
●院外処方の増加

院外処方への誘導政策の結果、院外処方率も徐々に増加している。院外処方の増加は、特に1990年代に大きな伸びをみせ、1970年から1990年までの伸びが約11.5%（0.5%→12%）であったのに対し、1990年から2000年には27.5%（12%→39.5%）増加している。その後も順調に増加し、平成23年度の院外処方率は約65%である。（図2-1）

一方、処方総数の推移では、処方総数自体増加はしておらず、長期処方の増加の影響と考えることができる。（図2-2）



資料) 昭和45～平成18年は第3回薬剤師需給の将来動向に関する検討会資料、平成19年～23年は日本薬剤師会ホームページのデータより筆者作成。

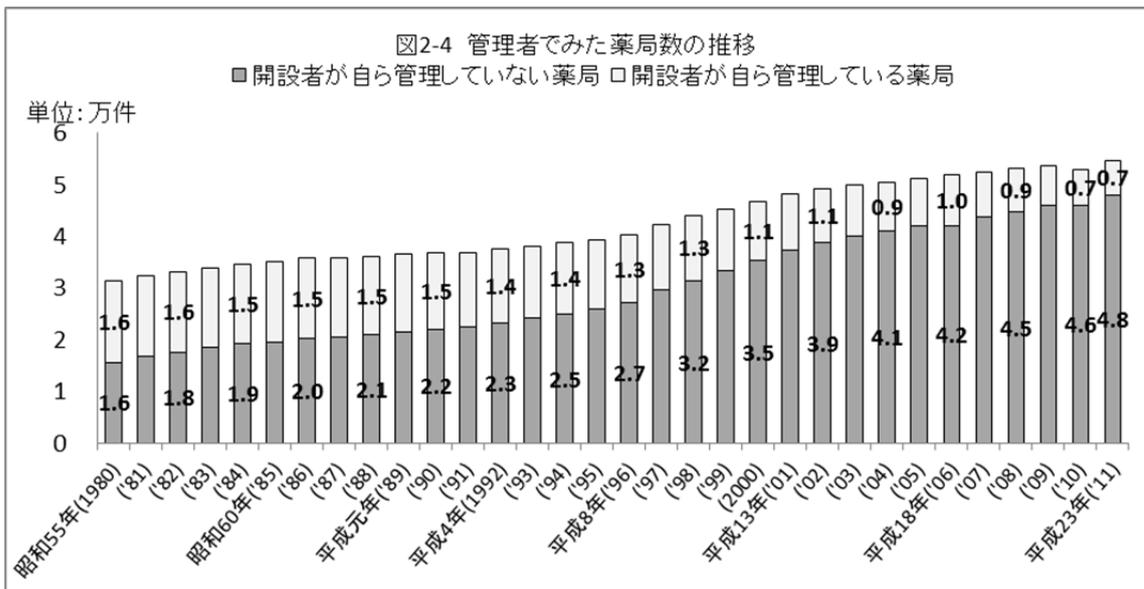


資料) 第3回薬剤師需給の将来動向に関する検討会および日本薬剤師会ホームページ資料より、院外処方数の逆算により筆者作成。

●調剤薬局と薬剤師の変化

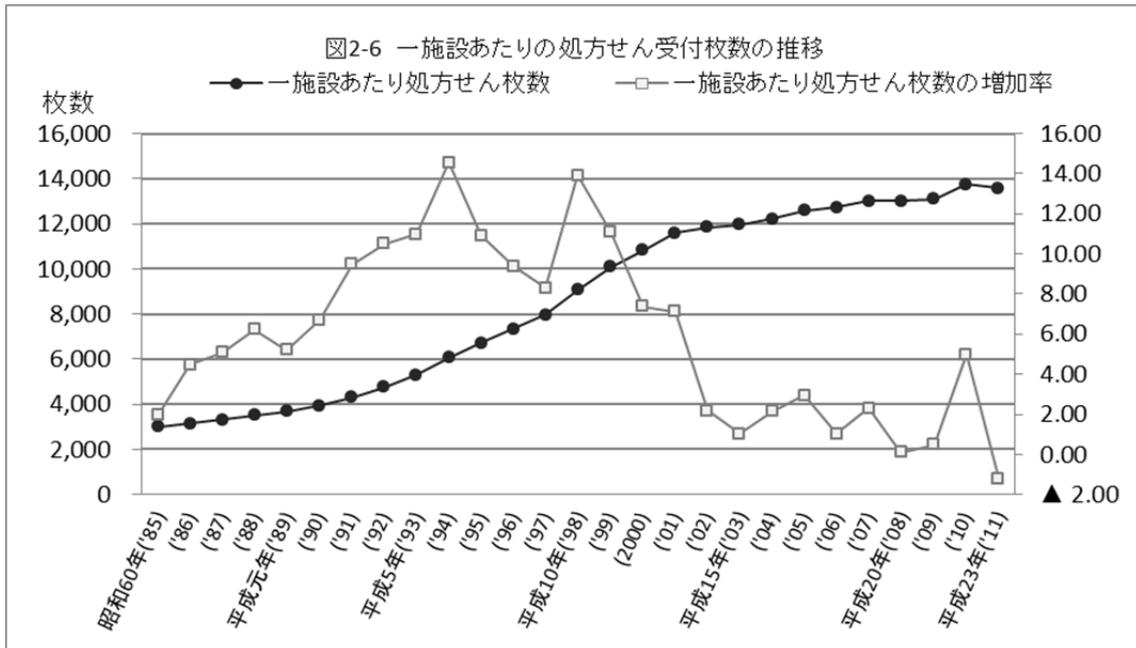
院外処方の増加に伴って、調剤薬局も増加しており、同時に、調剤薬局のチェーン化が進んでいる。(図 2-4)

また、調剤薬局一施設当たりの処方せん受付枚数が増加している。(図 2-6)



資料) 厚生労働省大臣官房統計情報部「衛生行政報告例」より筆者作成。

注) 平成 22 年度には、東日本大震災の影響により宮城県が含まれていない。また、「薬局数」「無薬局町村」には、福島県の相双保健福祉事務所管轄内の市町村も含まれていない。

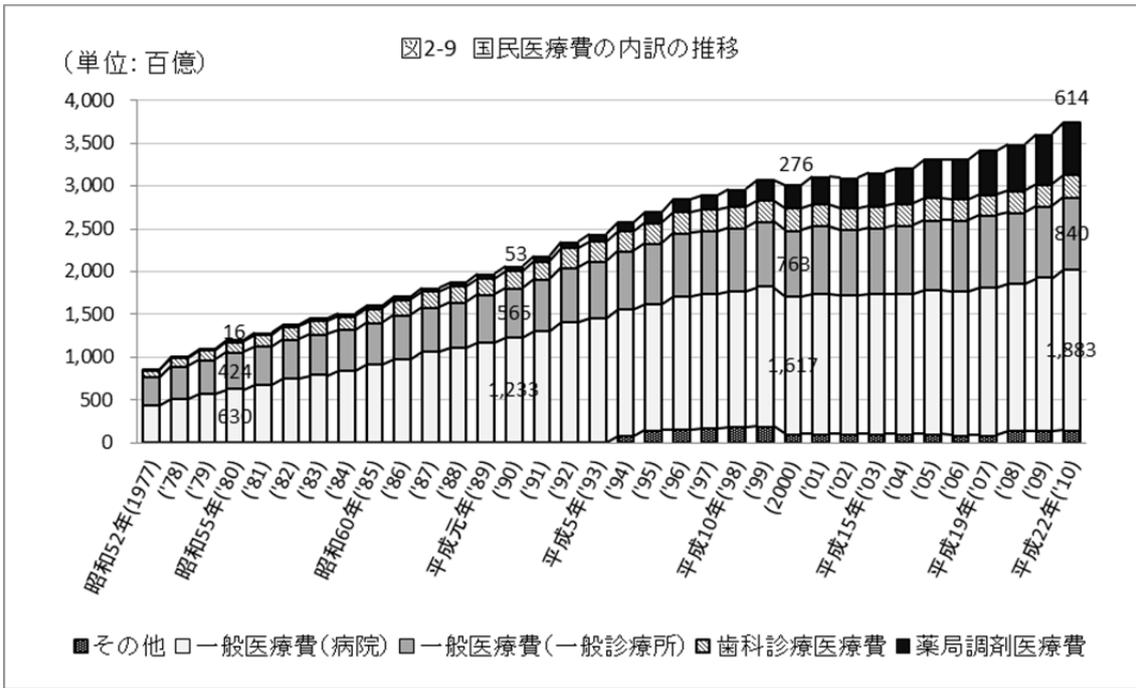


資料) 第3回薬剤師需給の将来動向に関する検討会資料, 日本薬剤師会ホームページ医薬分業進捗状況, 「衛生行政報告例」より筆者作成

●調剤医療費

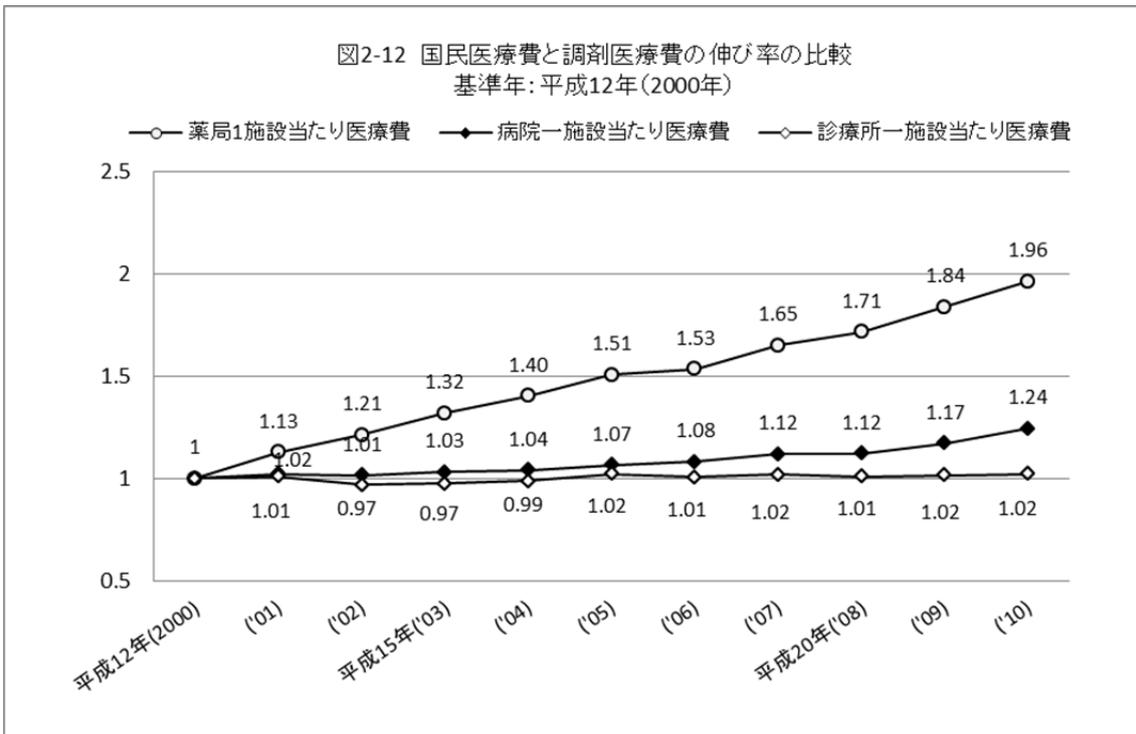
院外処方の増加に伴い、調剤医療費も増加している。医療費全体の伸びと調剤医療費の伸びの比較では、2000年を基準とした場合に、増加率は1.8倍である。(図2-9) 院外処方が増加しているため、この傾向は必然の結果とも言える。

さらに、薬局、病院、診療所の一施設当たり医療費の増加率をみると、薬局は診療所の1.9倍、病院の1.6倍の増加率であり、施設ごとの医療費も高くなっている。(図2-12)



資料) 国民医療費各年版より作成。

薬局調剤医療費の項目は昭和52年から設けられた。一般医療費、歯科診療医療費、薬局調剤医療費以外は、その他に含めた。その他には入院時食事・生活医療費や訪問看護医療費等が含まれる。



資料) 厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」および「衛生行政報告例」「医療施設調査・病院報告」より筆者作成。

3. 調剤報酬の妥当性についての考察

○院内処方と院外処方での患者負担の違い

- 患者の窓口負担は、院内処方よりも院外処方の方が高くなる。

その理由は、以下の3点が指摘できる。

1. 院内処方の場合の「処方料」よりも院外処方の場合の「処方せん料」が高く設定されていること。
2. 調剤に関する基本的な点数が、医療機関（診療報酬）よりも調剤薬局（調剤点数）の方が高く設定されていること。
3. 調剤薬局（調剤点数）には、加算が多く設けられていること。

○調剤の基本的な技術料を用いた患者負担の比較

【想定した条件】

- 診療所
- 常勤の薬剤師はいない
- 基本的な点数のみを算定し、加算等は算定しない
- ただし、お薬手帳への記載をした場合の点数は算定
- 薬剤費は同額

【結果】

- 院外処方は院内処方より、基本的な技術料を算定した場合において、2割～5割程度（金額にして300円～700円程度）高くなる。（ただし、薬剤費は同額と仮定している。）

表 3-5 シミュレーションによる患者の窓口負担の比較（3割負担）

		院内処方	院外処方	比（差）
事例①「痛風」	初診料	1,540円	2,040円	1.32倍（500円）
	再診料	940円	1,440円	1.53倍（500円）
事例②「湿布」	初診料	1,200円	1,480円	1.23倍（280円）
	再診料	590円	880円	1.49倍（290円）
事例③「花粉症」	初診料	2,150円	2,820円	1.31倍（670円）
	再診料	2,210円	1,550円	1.43倍（660円）

○調剤サービス価格の変遷に関する研究

【研究の目的】

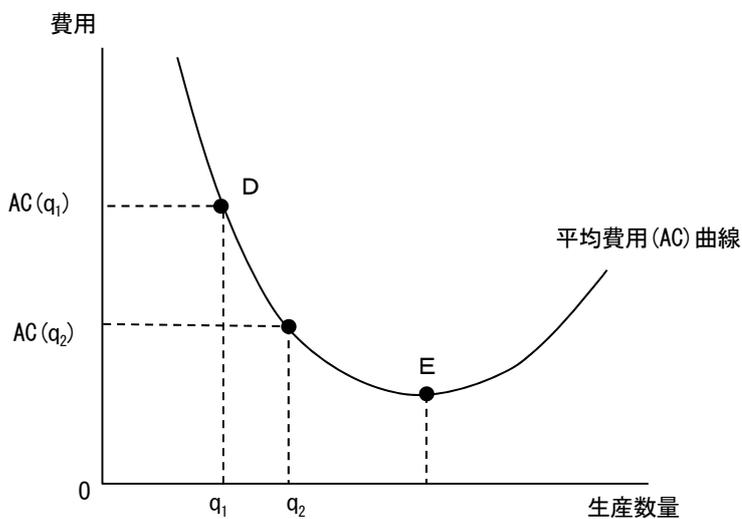
- 規模の経済により、調剤報酬が妥当でなくなってきた可能性が考えられる。
- 院外処方が少なかった時代においては、調剤薬局の経営のためにある程度高い点数が必要であったと考えられる。そこに、医薬分業政策による「院外処方増加」という外的要因と、薬局のチェーン展開によって、規模の経済が働いた結果、それが調剤薬局の高利潤を実現させたと考えられるためである。
- 営利性が認められている調剤サービス市場においては、調剤報酬が高い場合には、そこから得られた利益は団体の構成員や出資者へと還元されることになる点で、非営利原則のある医療サービス市場と異なる点である。
- 規模の経済の分析のためには、収入面と費用面での把握が必要である。しかし、経年での調剤報酬の推移を把握する研究はこれまで行われてこなかったため、まずは調剤サービス価格の推移を把握することからはじめなくてはならない。
- 本研究の目的は、調剤報酬の変遷を明らかにすることである。すなわち、「経年的に調剤報酬の点数が高く設定されていたはずである」という仮説の検証を行うことが、本研究の目的である。

規模の経済と調剤薬局の利潤

◇規模の経済

- 生産量の拡大に伴って平均費用が低下する場合に、規模の経済があるという。
- すなわち、図 3-1 における区間 DE のように、 $q_1 < q_2$ なら $AC(q_2) < AC(q_1)$ が成立するような場合。

図 3-1 規模の経済と平均費用



◇規模の経済による調剤薬局の高利潤化の可能性

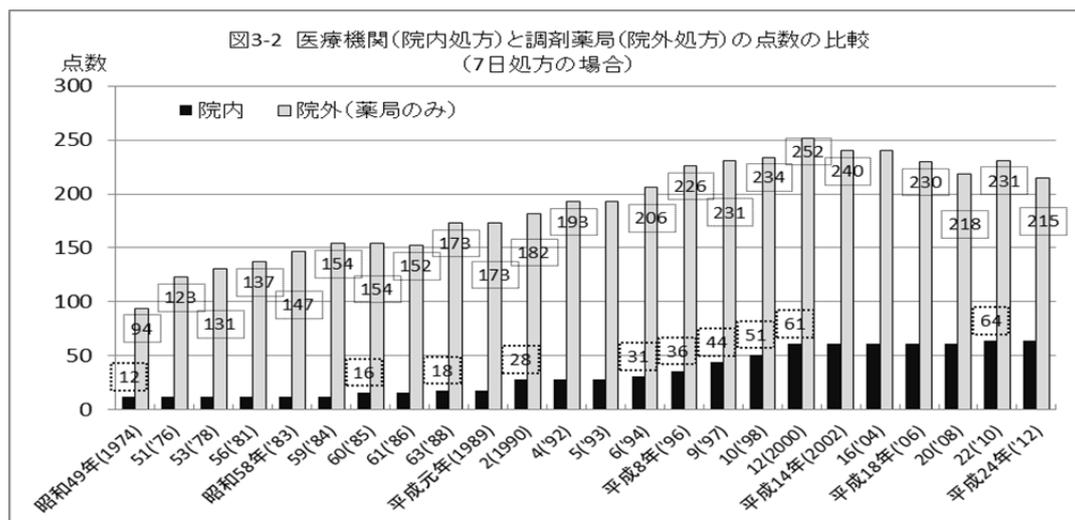
- 規模の経済によって調剤薬局が高利潤化した可能性について、下記の点が考えられる。
 1. チェーン展開により医薬品を大量購入することで、医薬品の仕入先に対する価格交渉力が強くなり、安い単価で仕入れることが可能となった。
 2. 処方せん受付枚数が増加したことにより、患者一人当たり（処方せん 1 枚あたり）の土地、資本、人件費等の固定費が低下した。

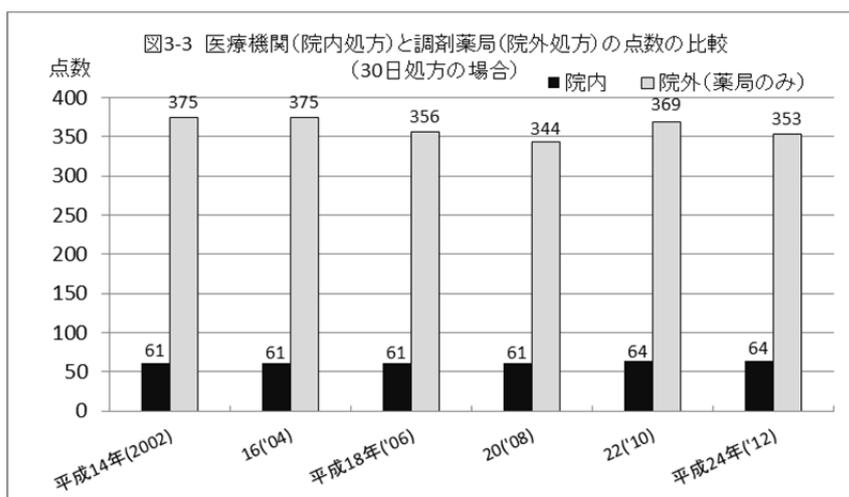
【方法】

- 院内処方と院外処方の点数の差を、医薬分業元年とされている昭和49年（1974）から時系列で比較を行った。同じ調剤サービスである院内処方との比較をすることで、その大小を相対的にとらえることが可能となる。
- 各年度における診療報酬点数（入院外の調剤かかる点数のみ）および調剤報酬点数を網羅的に把握するために、社会保険診療報酬点数表の解釈（各年版）厚生労働省通知「診療報酬点数表の一部改正等について」（各年）等を用いた。
- 点数を比較するにあたっては、色々な条件で加算等が異なるため、単純な比較が困難であった。そのため、細かな条件を設定し比較を行った。
- 主な前提条件として、①患者の受診形態は初診とし、②処方薬剤数は3剤、③処方日数は7日間（短期）と30日間（長期）を設定した。
- なお、この比較においては、薬剤料は含まれていない。

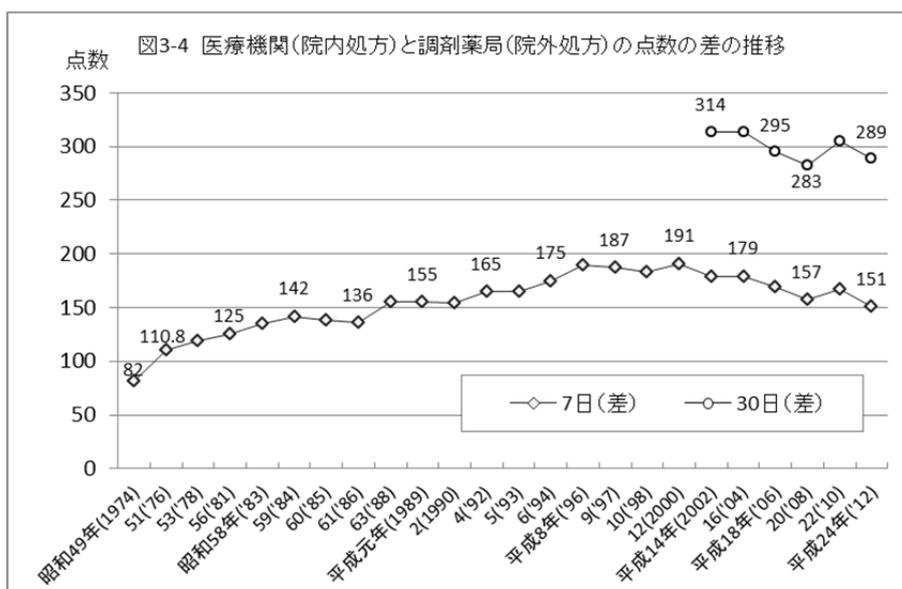
【結果】

- 7日処方では昭和49年（1974）以降、医療機関、調剤薬局とも徐々に増加している。ただし、近年はやや減少傾向にある。（図3-2）
- 30日間の処方では、長期投与の日数制限（原則14日）が撤廃された平成14年（2002）以降、大きな変化はない。（図3-3）





- 医療機関と調剤薬局の点数の差は、短期の処方においても長期の処方においても、大きな差が存在し続けてきた。(図3-4)



【結論】

- 医薬分業元年以降、約40年間の点数は、近年はやや減少傾向にあるものの、時代とともに増加してきた。
- 医療機関と比較しても、調剤薬局の収入にあたる調剤報酬が高く保たれているということが確認できる。
- 規模の経済が働いた可能性を棄却できないため、調剤報酬の妥当性については、さらに検討を進める必要がある。

4. 考察

- 調剤報酬の妥当性については、最適な調剤報酬水準を示すことは困難であるが、「調剤バブル」と指摘されるような状況が指摘されていることや、調剤サービス市場では営利性がゆるさされているという医療サービス市場との違いから、調剤報酬が過去の状況をひきずりながら高く保たれているのであれば、それは見直されるべきである。
- 調剤報酬の妥当性を考えるうえでの難しさは、調剤サービス提供者である調剤薬局の、どのレベルに合わせて設定すればよいのかという問題である。
- 処方せん枚数が少ない地域では、調剤薬局の経営は困難であるかもしれないが、そういった調剤薬局の経営が成り立つような点数を調剤報酬によって一律にあたえることは、一方で経営に有利なチェーン展開をしているような調剤薬局に高利益をもたらす。
- さらに営利性が認められている調剤サービス市場では、そこから得られた利益が、その団体の構成員や企業の出資者へと還元されてしまうことになる。
- 地域で必要な薬局の確保という側面については、医療計画を通じて、地域で必要な医療提供施設として確保するための対策をたて、対応することが望ましいと考えられる。

5. 今後の課題

- 調剤報酬の妥当性についてのさらなる検討のためには、実際に規模の経済が働いているのかの実証的な分析を行う必要がある。本稿においては、調剤薬局の収入面における確認にとどまっており、費用面は触れていない。
- 院外処方の増加から見てきたものとして、消費税増税の影響の分析が必要である。1990年代にみられた院外処方の増加は、医療機関が調剤サービスを手放した結果とみなすことができる。その時期、薬価差益の縮小政策とともに、消費税の導入および増税が行われており、このことが、調剤サービスを高コスト化させ、院外処方を増加させたのではないかと考えられる。

1. 医薬分業政策と院外処方を経緯

1-1. 医薬分業のはじまり

医薬分業とは、そのはじまりは古くは江戸末期にまで遡らなくてはならない。もともと日本の医療は漢方（東洋医学）であり、医師は「くすし」と呼ばれ、診療も調剤も行なっていた。漢方では各派で医術や与薬が師から弟子へと伝承されており、薬の調剤法も、その伝承を受けた弟子のみが扱えるものであった。効能の優れた薬は一般化されることはなく、「秘伝」であり、認められた医師のみが知るものだったのである。

一方、西洋諸国では、13世紀頃から技術による製薬が始まっており、技術者として薬剤師が独立した地位を築いていた¹。江戸末期に西洋文化が日本に流入し、西洋医学も徐々に広がりを見せた。明治7年（1874）には日本で初の医事・薬事制度である「医制」が公布され、西洋医学への大きな医療体系への転換が行われることとなった。このとき、西洋医学の修得者のみが医師として認められ、漢方医を認めなかった²。このように西洋医学が主流となったことで、薬学という専門領域と薬剤師³という専門職が誕生した。

¹ 兼松・山川（1998）に詳しい。

² 兼松・山川（1998）

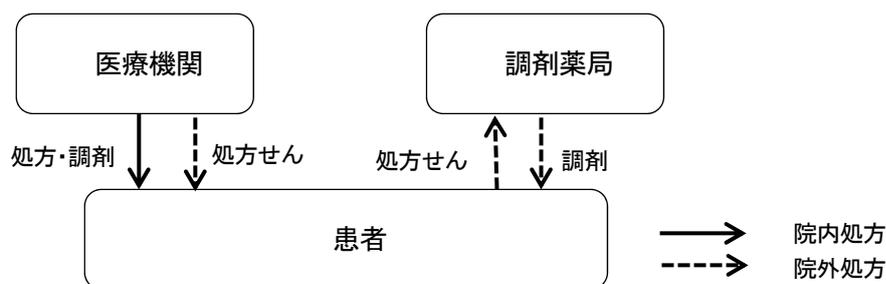
³ 明治22年の薬律制定によって「薬剤師」と呼ばれるようになった。それ以前は、医制制定の翌年に発令された「薬舗試験施行の件」によって「薬舗主」（免許制）と呼ばれていた。兼松・山川（1998）

1-2. 医薬分業と「院内処方」「院外処方」

先述したように、日本の医療はもともと漢方が主流であったことから、医療機関において医師が調剤業務を行っていた。その流れを受けていたため、日本では、医療機関内で薬の「処方」と「調剤」の両方、すなわち「院内処方」が行われることが多かった。これに対し「院外処方」では、医療機関で「処方」を行い、調剤薬局で「調剤」を行うという、場所の分離を伴うものを示す。つまり、「院内処方」「院外処方」とは、院内（医療機関内）に向けて処方するか、院外に向けて処方するか、という意味である。

院内処方と院外処方を図で示すと以下のとおりである。

図 1-1 院内処方と院外処方の流れ



患者はまず医療機関を受診する。そこで、医師の診察によって投薬による治療が必要だと判断された場合、患者が薬を得るには「院内処方」と「院外処方」の2つのルートが考えられる。

院内処方では、患者が医療機関で受診し、医薬品を用いた治療が必要だと診断された場合には、その場で処方を受け、薬を得ることになる。

一方、院外処方では、医師が患者に「処方」を行い、「処方せん」を発行する。患者はその「処方せん」を持って調剤薬局へ行き、そこで薬を得る。

なお、処方とは、医師が患者の病状に応じて、薬の調合と服用法を指示することであり、処方せんとは、医師が、患者に投与する薬について薬剤師に与える指示書のことである。

「医薬分業」は、医師と薬剤師それぞれの専門的スキルによる職務の分担と捉えることも可能であり、過去にはそのように扱われていた時期もあった。しかし、近年の医薬分業政

策は、「院外処方」への誘導政策と位置付けられている。

厚生労働省の掲げてきた医薬分業の定義の変遷を、表 1-1 にまとめた。昭和 31 年(1956)時点では医師と薬剤師による業務分担のみを示し、院外処方を意図するものではなかった。昭和 59 年(1984)になると、院外処方を意味する「処方せん」という用語が用いられている。この時期は医療費抑制の風潮が強まき、薬価差益も大きかった時期である。そこで、院外処方を増加させることで一つまり、場所の切り離しを行うことによって、医療機関が医薬品を使用するインセンティブを弱める目的があったと考えられる。平成 4 年(1992)および平成 24 年(2012)時点では、完全に院外処方を目的としたものとなっていることが確認できる。

表 1-1 国(厚生労働省)の掲げた「医薬分業」の定義の変遷

	医薬分業の定義
昭和 31 年 (1956)	<p>医薬分業は、医療のうち患者の診察・治療は医師に、調剤・投薬は薬剤師にと、『医』、『薬』それぞれの専門家に分担して行わせることによって、医療の適正化・合理化を図り、国民医療の向上に寄与しようとする医療制度の基本的な原則の一つ</p> <p>⇒院外処方を意図していない</p>
昭和 59 年 (1984)	<p>医薬分業とは、医療において、患者の診療は医師に、調剤は医師の処方せんに基づき薬剤師にと、「医」と「薬」をそれぞれの専門家が分担して行うことにより国民医療の質的向上を図るための制度である。</p> <p>⇒院外処方を意図？</p>
平成 4 年 (1992)	<p>医薬分業とは、医師が患者を診察し治療上薬剤を投与する必要があると認められた場合、患者に処方せんを交付し、地域の薬局の薬剤師がその処方せんに基づいて調剤するという医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図ろうとするものであり、日本以外の先進国では一般的なものになっている。</p> <p>⇒院外処方を意図している</p>
平成 24 年度 (2012)	<p>医薬分業とは、医師が患者に処方せんを交付し、薬局の薬剤師がその処方せんに基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図ろうとするもの。</p> <p>⇒院外処方を意図している</p>

資料) 昭和 31 年、昭和 59 年および平成 4 年は厚生白書各年版、平成 24 年度は厚生労働省平成 24 年度医薬分業指導者協議会資料より抜粋。

注) ただし、「⇒…」の部分は筆者の補足による。

1-3. 調剤に関する法律上のきまり

○調剤業務を行う「人」に関するきまり

調剤業務は、薬事法においては、原則として薬剤師が行うものとされている⁴。しかし、患者（またはその看護に当たっている者）が医師の調剤を希望する場合には、医師による調剤が認められている。その他、医師法第 22 条においても医師が調剤を行うことが認められる場合が掲げられている⁵。

○調剤を行う「場所」に関するきまり

調剤を行う場所に関する規定は、薬剤師法において位置付けられている⁶。薬剤師は原則として、「薬局以外の場所で、販売又は授与の目的で調剤してはならない」とされ、ただし書きとして、「病院若しくは診療所の調剤所において、その医療機関で医療に従事する医師の処方せんによって調剤する場合、及び、災害その他特殊の事由により薬剤師が薬局において調剤することができない場合、その他の厚生労働省令で定める特別の事情がある場合は、この限りでない」旨の記述がなされている。

上記のとおり、医療機関における調剤場所は、法律上は「調剤所」という位置づけであ

⁴ 薬剤師法では、「第 19 条 薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる場合において自己の処方せんにより自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。

1. 患者又は現にその看護に当たっている者が特にその医師又は歯科医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合

2. 医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 22 条各号の場合又は歯科医師法（昭和 23 年法律第 202 号）第 21 条各号の場合」としている。

⁵ 医師法では、「第 22 条 医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合においては、この限りでない。」とし、「1. 暗示的效果を期待する場合において、処方せんを交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合 2. 処方せんを交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にするおそれがある場合 3. 病状の短時間ごとの変化に即応して薬剤を投与する場合 4. 診断又は治療方法の決定していない場合 5. 治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合 6. 安静を要する患者以外に薬剤の交付を受けることができる者がいない場合 7. 覚せい剤を投与する場合 8. 薬剤師が乗り組んでいない船舶内において薬剤を投与する場合」が掲げられている。

⁶ 第 22 条 薬剤師は、医療を受ける者の居宅等（居宅その他の厚生労働省令で定める場所をいう。）において医師又は歯科医師が交付した処方せんにより、当該居宅等において調剤の業務のうち厚生労働省令で定めるものを行う場合を除き、薬局以外の場所で、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、病院若しくは診療所又は飼育動物診療施設（獣医療法（平成 4 年法律第 46 号）第 2 条第 2 項に規定する診療施設をいい、往診のみによつて獣医師に飼育動物の医療業務を行わせる者の住所を含む。以下この条において同じ。）の調剤所において、その病院若しくは診療所又は飼育動物診療施設で医療に従事する医師若しくは歯科医師又は獣医師の処方せんによつて調剤する場合及び災害その他特殊の事由により薬剤師が薬局において調剤することができない場合その他の厚生労働省令で定める特別の事情がある場合は、この限りでない。（薬剤師法）

る。

薬事法では、「薬局」は「薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務を行う場所」と定められており、病院や診療所の調剤所を除くとしている。「院内薬局」という言葉が用いられることがあるが、法律上は医療機関内にあるのは調剤所であって、薬局ではない。

1-4. 院外処方への誘導

院外処方への流れは、医療費抑制という流れに沿って、1980年代に特にその傾向が強まっていく⁷。1980年代は、医療費を抑制しなくてはならないという社会的風潮が高まっていった時期である。

当時は、薬の公定価格である薬価と仕入れ値の差額から生じる薬価差益が大きいことが、問題視されていた。薬価差益が大きいことは、医療機関に医薬品を使用するインセンティブを与え、その結果、過剰な投薬治療につながっているのではないかと指摘されていた⁸。

さらに、薬価の高さは、医療費に占める薬剤費⁹割合の高さという結果となって表れてもいた¹⁰。薬剤費を抑えるため、薬価のさらなる引き下げとともに、患者の薬歴管理等による医薬品の適正使用が求められるようになった。

昭和60年(1985)の社会医療診療行為別調査によると、診療行為における「投薬」(調剤業務が含まれる項目)の点数の占める比率は他の項目に比べて高く、診療行為1件当たりでみると、医科全体で22.9%、入院外(外来)のみでは35.3%であった¹¹。「投薬」には主として、「調剤に係る技術料」と「薬剤料」「処方に関する項目¹²」が含まれる。

近年の医薬分業政策が目的としていることは、先に述べたとおりである。すなわち、外来(入院外)の投薬治療において、「処方」は医師が医療機関で行い、「調剤」は薬剤師が調剤薬局で行うという関係を構築することである。

そのための誘導政策として、主として「薬価差益の縮小」と「診療報酬による医療機関への動機づけ」がとられてきた。

⁷当時の厚生省保険局長吉村仁氏が「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」を『社会保険旬報』に発表し、医療費亡国論が議論され始めたのは1983年3月であり、医学部定員の削減が強く言われたのも、この時期である。

⁸薬価差益については、国も非常に問題意識を持っていたようであるし、社会的風潮として問題視されていたようである。1971年1月18日付の読売新聞に「医薬分業を確立『量より質』の報酬へ」という見出しの記事がある。この内容からも当時の雰囲気を感じとることができる。以下、抜粋である。

「健康保険が医師に報酬を支払ういまの診療報酬制度は、乱診乱療につながり、不当な収入をあげやすいと批判が高まっているが…(中略)…診療報酬制度の合理化は①医師の技術を尊重する②甲表、乙表と複雑に分けられている制度のたて方を整理する③治療と投薬を別立てにした「医薬分業」を確立させるなどの実現をめざすことになろう。…(略)…今は診療の内容よりも投薬重点主義になっている…(中略)…患者の頭数さえこなせばもうかるという「質より量」の仕組みになっている…(略)」

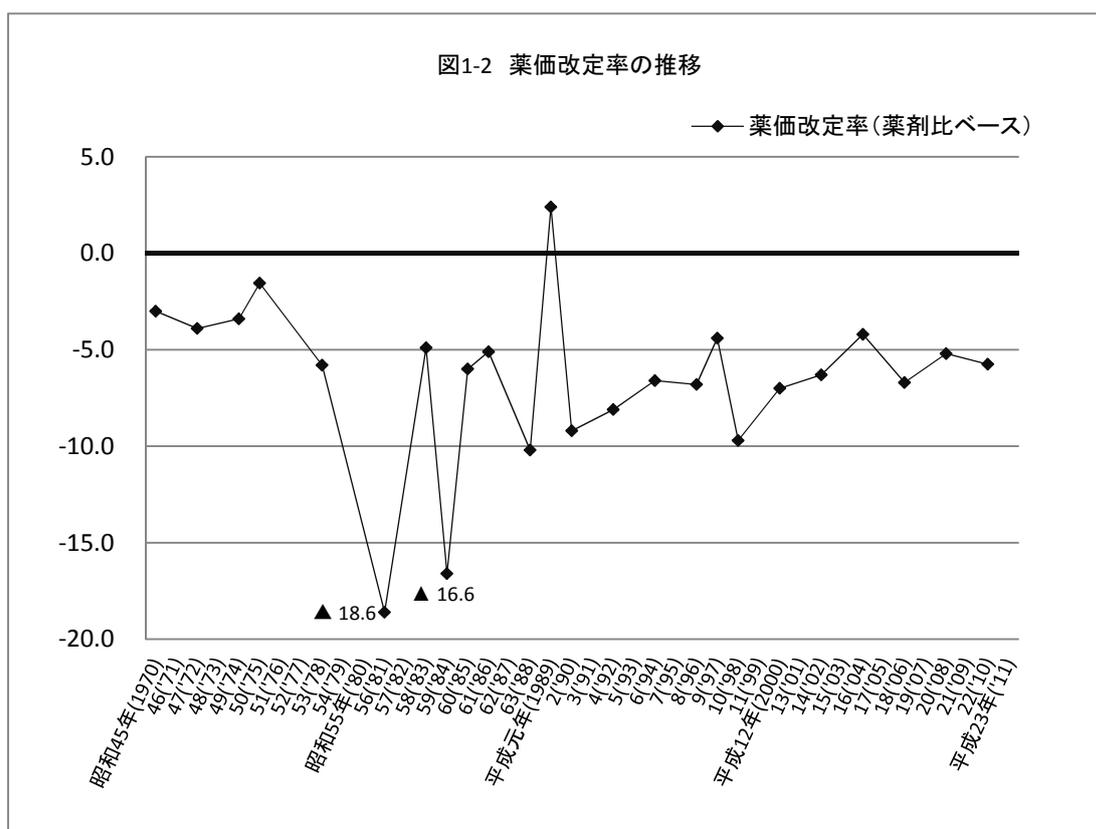
⁹国民医療費における薬剤費は、医療保険における薬剤費比率をかけて推計している。

¹⁰昭和57年(1982)の厚生白書において「高い薬剤費」が指摘されている。

¹¹この時点で投薬はすでに減少傾向にはあった。なお、直近の平成23年では入院外(外来)において19.5%である(一日当たり点数)。

¹²処方に関する項目(処方料、処方せん料)は、年によって分類が異なる。

「薬価差益の縮小政策」は、薬価を引き下げることで薬価差益を小さくし、医薬品使用を抑制することが目的である。薬価は、昭和40年代から現在にいたるまで、引き下げが続いていることが、図1-2で確認できる。消費税分の引き上げが行われた平成元年以外は、継続して薬価の引き下げが行われている。特に1980年代に大幅な引き下げが行われている。



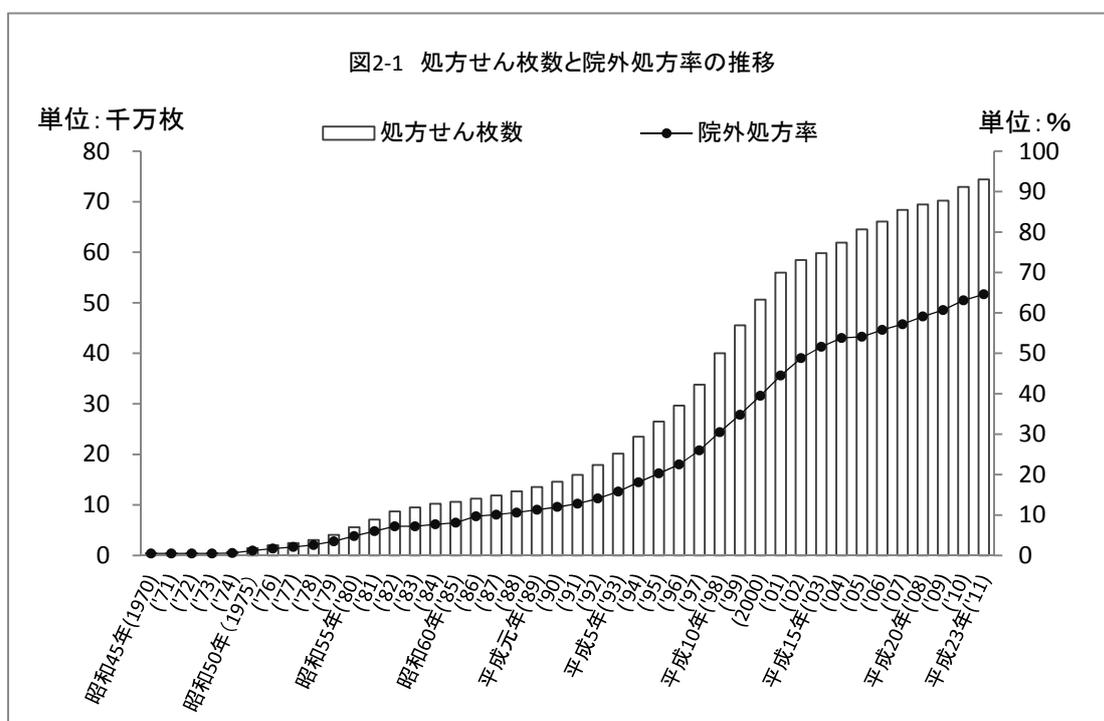
資料) 薬価改定率は第80回中央社会保険医療協議会薬価専門部会(平成24年6月6日)資料より筆者作成

もう一つの「診療報酬による医療機関への動機づけ」は、院内処方と院外処方の分岐点となる医療機関への対策である。この診療報酬点数の変遷については、第3章で詳しく触れる。

2. 院外処方を取り巻く環境

2-1. 院外処方の増加

医薬分業政策が進められ、院外処方率は徐々に増加していった。処方せん枚数と院外処方率の推移¹³を、図2-1に示す。「処方せん」は、院外処方の際に医師が発行するものであり、すなわち「処方せん枚数」は院外処方数を示すことになる。院外処方は昭和40年代から徐々に増加し、特に1990年代に大きな伸びをみせた¹⁴。2000年代も、後半は伸びが緩やかになるものの、前半までは大きく増加している。平成23年度の院外処方率は64.6%となっている¹⁵。



資料) 昭和45～平成18年は第3回薬剤師需給の将来動向に関する検討会資料、平成19年～23年は日本薬剤師会ホームページのデータより筆者作成。

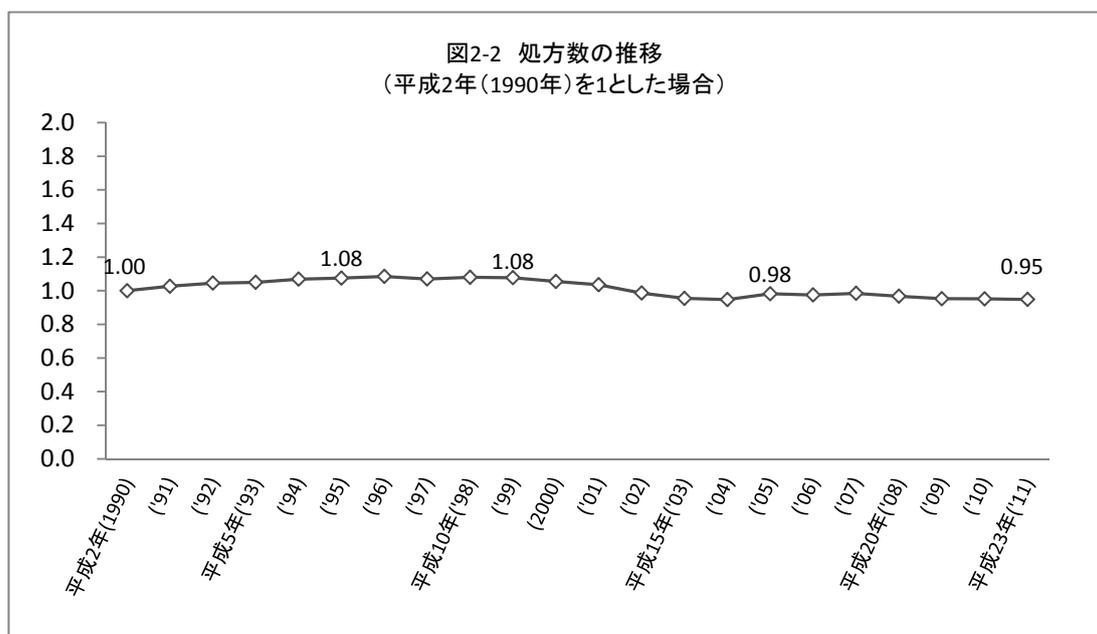
¹³ 院外処方率(処方せん受取率)は日本薬剤師会が推計しているものである。その推計方法については過去に遡ればその推計に若干の変更はあるものの、基本的には「処方せん受取率=処方せん枚数(薬局での受付回数)÷{医科診療(入院外)日数×医科投薬率+歯科診療日数×歯科投薬率}」である。なお、投薬率は、『社会医療診療行為別調査報告』(厚生労働省大臣官房統計情報部)における処方料及び処方せん料の算定件数の和を、診療実日数(医科においては入院外)で割ることによって求められるものである。

¹⁴ 1990年代に院外処方の増加を加速させた要因として、消費税の影響が考えられるが、この点については別途研究中である。

¹⁵ この中には、医科だけではなく歯科の処方せん枚数も含まれている。しかし、歯科の診療実日数は医科の4分の1以下であること、投薬率は医科において約67%であるが、歯科においては約10.5%と低いことから、その影響は小さいと考えられる。

図 2-2 では、平成 2 年（1990）を基準として、処方数の推移をみたものである。平成 2 年（1990）を 1 とすると、平成 23 年（2011）時点で、処方総数は 0.95 とほぼ変化していない。推移にも大きな変化はないが、増加傾向にあった平成 14 年（2002）には、処方日数を長期化させることで処方数の増加を抑制した。

具体的には、平成 14 年にそれまであった処方制限日数（14 日）の原則撤廃が行われた。これは、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の改正によって、それまでは処方日数は原則 14 日分を限度とし、長期処方が可能な薬剤とその疾患を指定していたのであるが、平成 14 年 4 月以降は、処方日数の制限がある薬剤が指定され、原則として「予見することができる必要期間」を処方できるようになったものである。この影響は、推移からもみてとることが出来る。

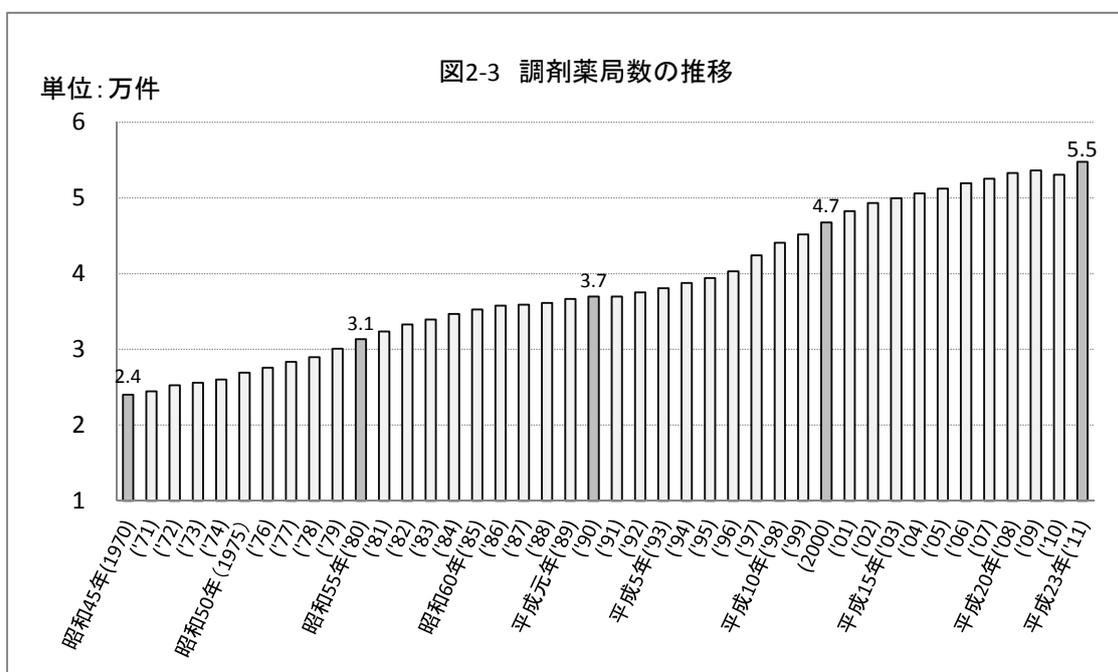


資料) 第3回薬剤師需給の将来動向に関する検討会および日本薬剤師会ホームページ資料より、院外処方数の逆算により筆者作成。

2-2. 調剤薬局数・開設者割合および処方せん受付枚数の推移

◇調剤薬局数

院外処方の増加にともない、調剤薬局も増加している。薬局数の推移と対前年増加率を図2-3に示した。調剤薬局施設数は、昭和45年(1970)は約24,000施設、昭和55年(1980)は約31,000施設、平成2年(1990)は約37,000施設、平成12年(2000)は47,000施設、平成23年(2011)は約55,000施設である。

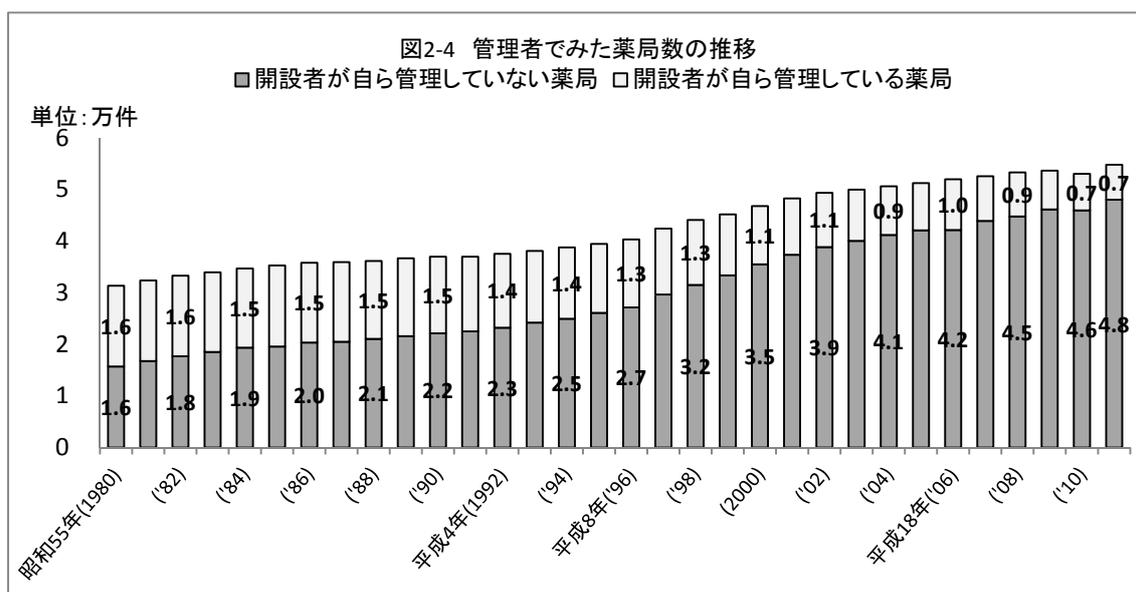


資料) 平成18年までは第3回薬剤師需給の将来動向に関する検討会資料より、
 平成19年～23年は薬事関係業態数調(各年版)より、筆者作成。
 注) 平成22年度は東日本大震災の影響により、宮城県の数値が含まれていない。

◇薬局開設者

薬局の管理者については、薬事法で定められている。薬局の開設者は、原則として、開設者が「薬剤師であるときは自らその薬局を実地に管理しなければならない」とされている。また、「薬局開設者が薬剤師でないときは、その薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師のうちから薬局の管理者を指定してその薬局を実地に管理させなければならない」とされている。

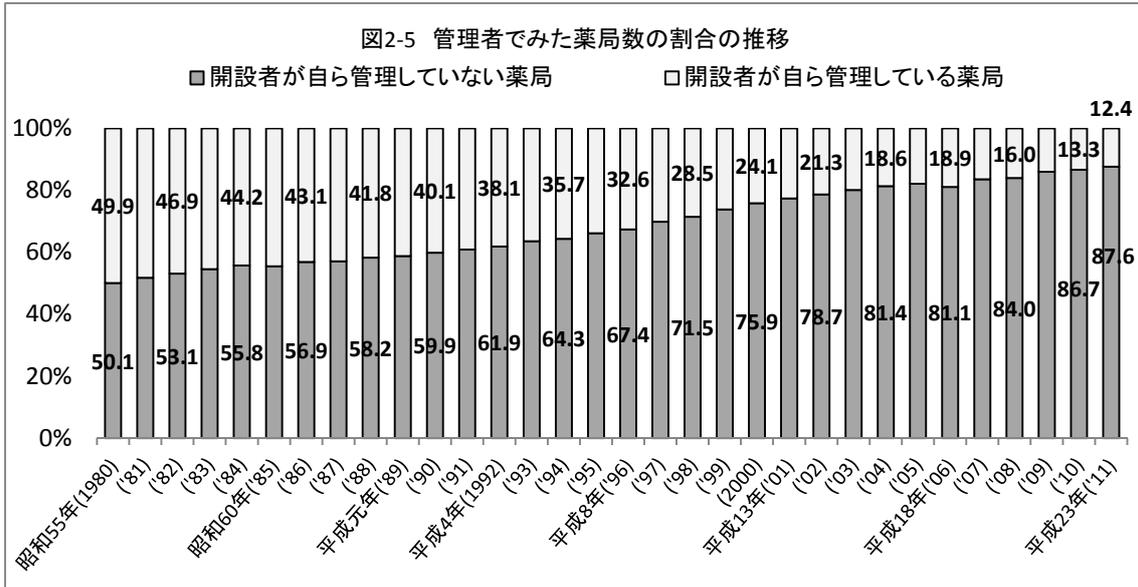
開設者の傾向を見ることによって、現在進んでいる調剤薬局のチェーン展開の特徴を確認することが出来る。すなわち、開設者自らが管理していない薬局を「多店舗展開の支店」、開設者自らが管理している薬局を「自営・本店」の近似値とみなせば¹⁶、昭和55年(1980)時点では、ほぼ同数であった両者の数と割合が、「自営・本店」が減少する一方で「多店舗展開の支店」が増加するかたちで、チェーン展開していることが分かる。(図2-4, 図2-5)



資料) 厚生労働省大臣官房統計情報部「衛生行政報告例」より筆者作成。

注) 平成22年度には、東日本大震災の影響により宮城県が含まれていない。また、「薬局数」「無薬局町村」には、福島県の相双保健福祉事務所管轄内の市町村も含まれていない。

¹⁶ 前田 (2013) 「医師と薬局および薬剤師の業務についての一考察 - 医薬分業・後発医薬品・スイッチ OTC -」 日医総研ワーキングペーパーNo.282 の考え方に基づいている。

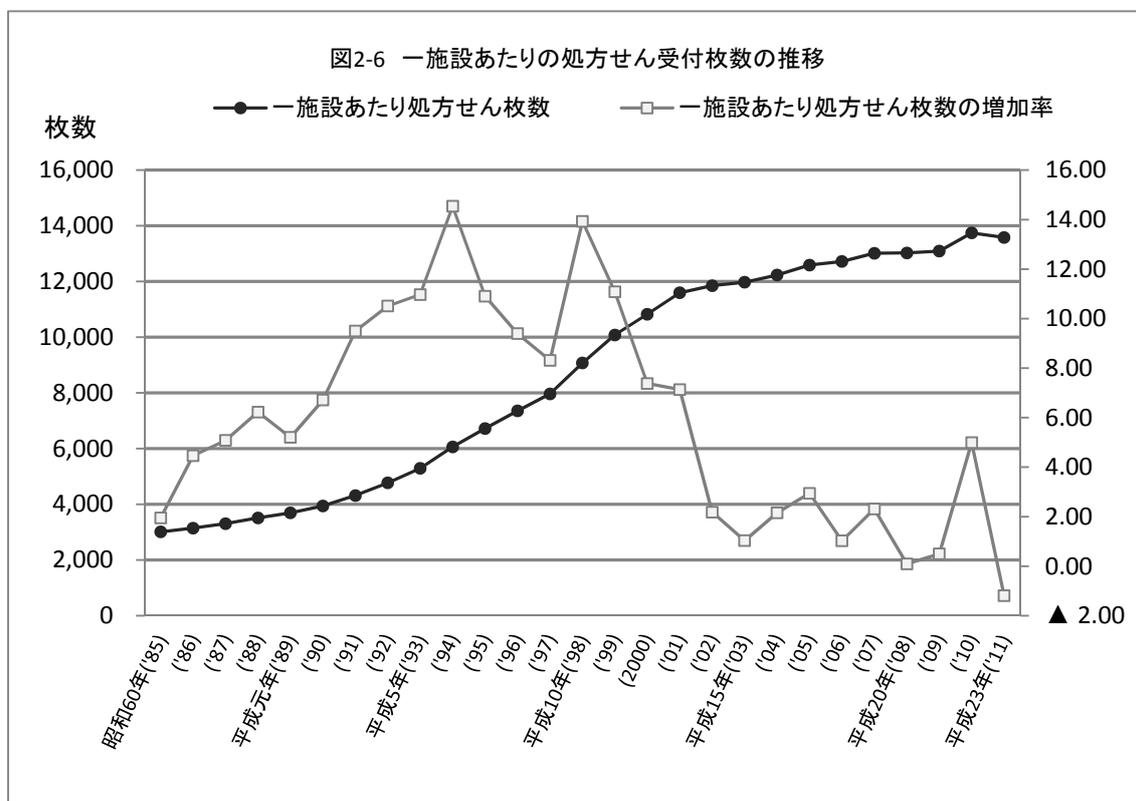


資料) 厚生労働省大臣官房統計情報部「衛生行政報告例」より筆者作成。

注) 平成 22 年度には、東日本大震災の影響により宮城県が含まれていない。また、「薬局数」「無薬局町村」には、福島県の相双保健福祉事務所管轄内の市町村も含まれていない。

◇処方せん受付枚数

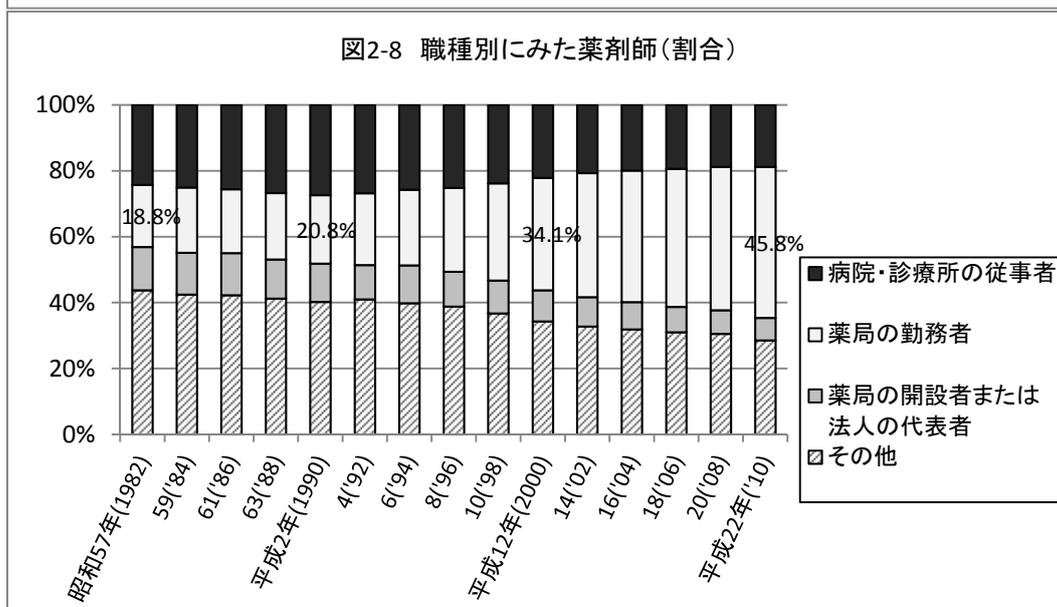
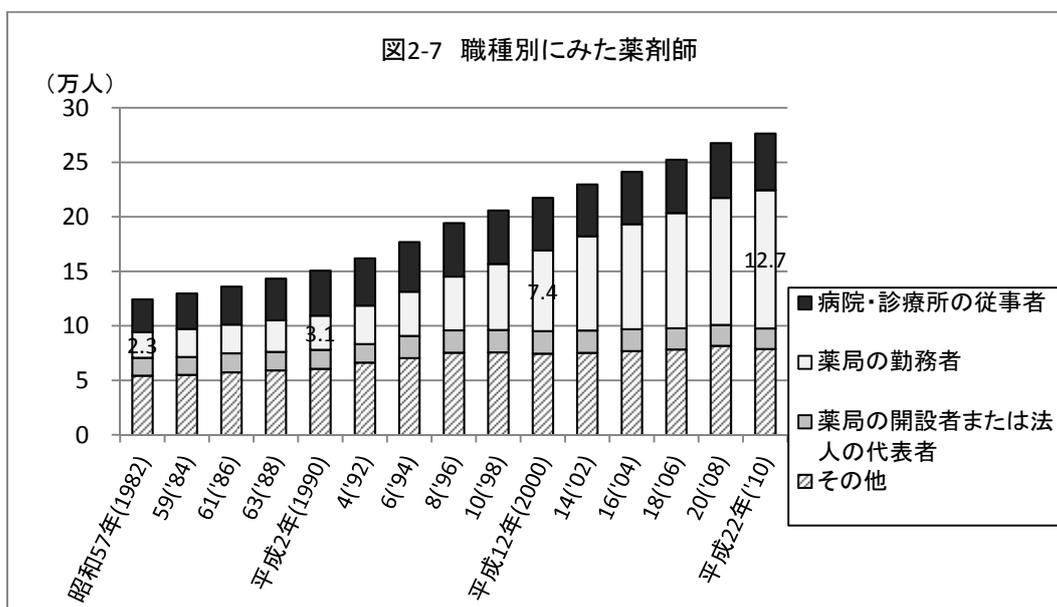
調剤薬局一軒あたりの処方せん受付枚数の傾向をみるために、院外処方総数を調剤薬局施設数で割ることによって求めた平均値の推移を示したものが、図 2-6 である。増加率の推移から、一施設あたり処方せん受付枚数の伸びは、1990 年代には増加傾向であり院外処方の増加の影響を受けていることが見てとれる。しかし、2000 年代以降は緩やかになり、伸び止まりの傾向である。平成 23 年の一施設あたり処方せん受付枚数は、年間約 13,600 枚となっている。



資料) 第3回薬剤師需給の将来動向に関する検討会資料, 日本薬剤師会ホームページ医薬分業進捗状況, 「衛生行政報告例」より筆者作成

2-3. 薬剤師の就業場所の変化

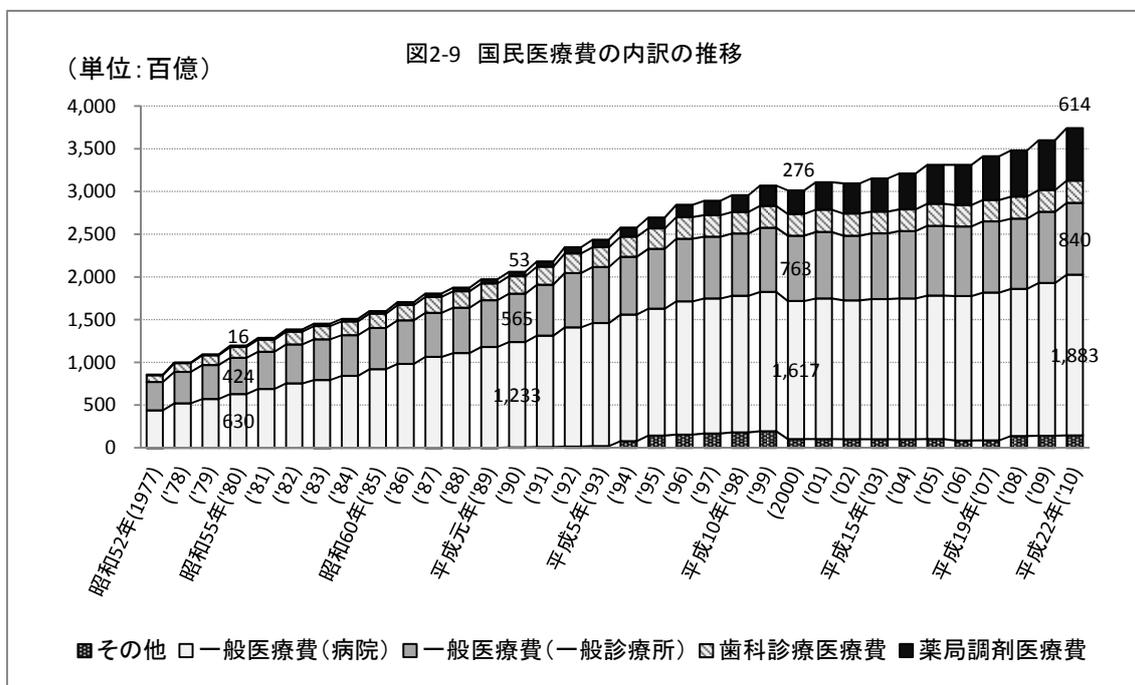
薬局の増加に伴い、薬剤師の就業場所にも変化がみられる。薬局で勤務する薬剤師は、昭和57年（1982）年には約2.3万人（18.8%）であったのが、平成2年（1990）には約3.1万人（20.8%）、平成12年（2000）には7.4万人（34.1%）、平成22年（2010）時点では12.7万人（45.8%）となっている。



資料)「医師・歯科医師・薬剤師調査」各年版より作成
 その他には、医薬品関係企業の従事者、大学の従事者等がふくまれている。

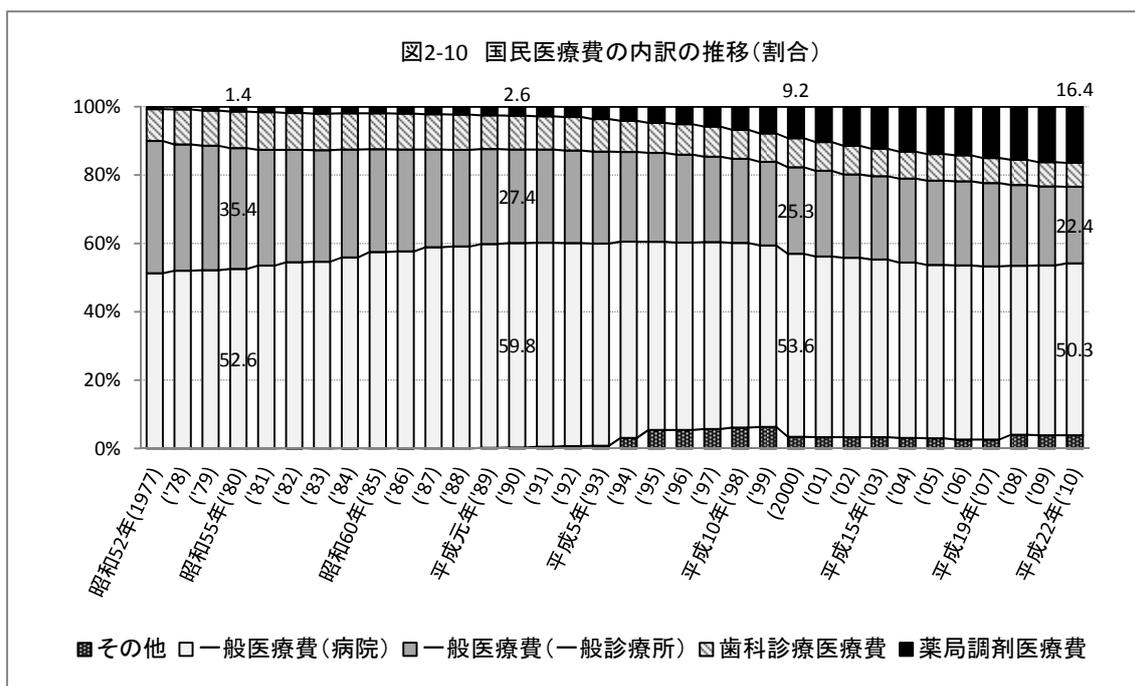
2-4. 調剤医療費の推移

調剤医療費とは、調剤報酬明細書により算定される医療費である。すなわち、院外処方
の医療費である。下記には、薬局調剤医療費の計測が始まった昭和 52 年からの国民医療
費の内訳を示した。時系列でみると、1980 年（昭和 55 年）には 1,649 億円（1.4%）、
1990 年（平成 2 年）には 5,290 億円（2.6%）、2000 年（平成 12 年）には 2 兆 7,605 億
円（9.2%）、2010 年（平成 22 年）には 6 兆 1,412 億円（16.4%）と推移している。（図
2-9, 図 2-10）



資料) 国民医療費各年版より作成。

薬局調剤医療費の項目は昭和 52 年から設けられた。一般医療費、歯科診療医療費、薬局調剤医療費以外は、その他に含めた。その他には入院時食事・生活医療費や訪問看護医療費等が含まれる。

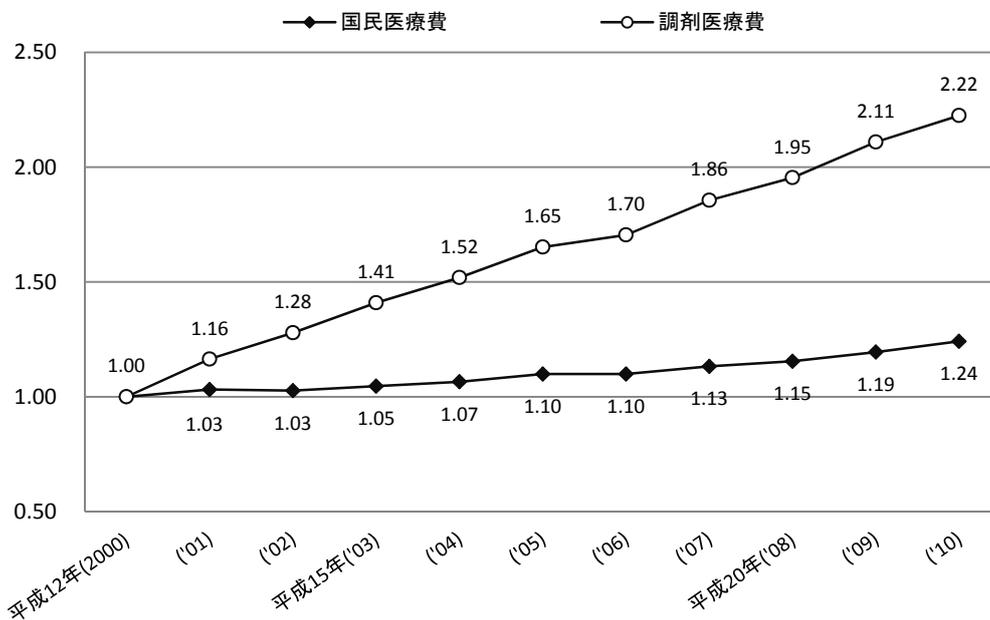


資料) 国民医療費各年版より作成。
 薬局調剤医療費の項目は昭和52年から設けられた。一般医療費、歯科診療医療費、薬局調剤医療費以外は、その他に含めた。その他には入院時食事・生活医療費や訪問看護医療費等が含まれる。

ここで、調剤医療費の近年の傾向を比較するために、平成12年(2000)を基準年として医療費全体と調剤医療費の伸び率の比較を行った。(図2-11, 図2-12) 医療費全体の伸びは1.24倍であったが、調剤医療費は2.22倍の伸びとなっている。これは、院外処方が増加したためである。

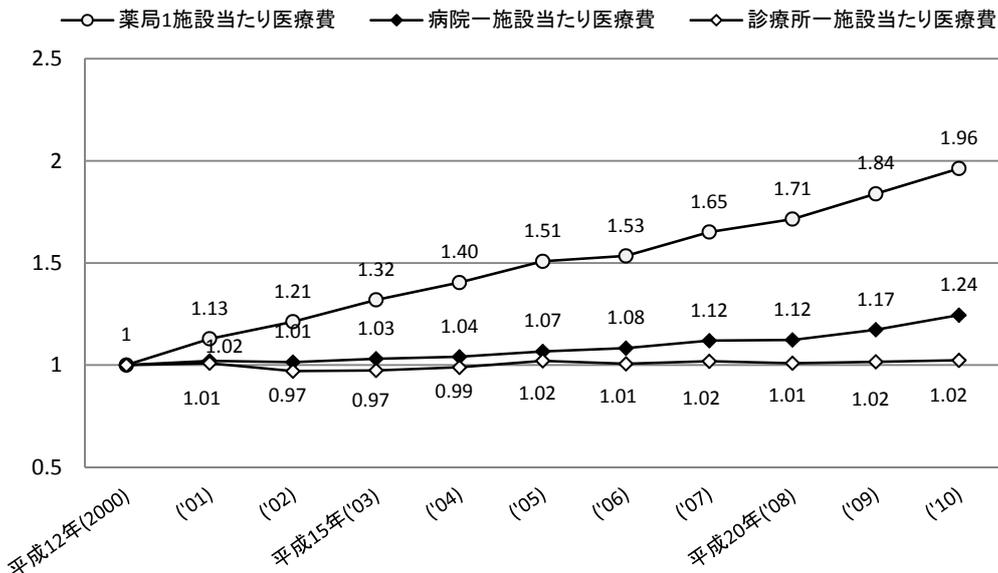
さらに、医療機関および調剤薬局の1施設あたり医療費の伸び率の比較を行った。1施設あたり医療費は、医療費全体を施設数で割る単純計算によって求められたものである。医療機関は診療所と病院に分けて算出した。各施設の伸び率は、診療所で1.02倍、病院は1.24倍、調剤薬局は1.96倍であった。このことは、一施設の平均でみても、薬局は診療所の1.9倍、病院の1.6倍、医療費が増加していることを示している。院外処方の増加が、医療機関の医療費を減少させる要因として働いているとしても、調剤薬局の一施設当たりの伸びは大きい。

図2-11 国民医療費と調剤医療費の伸び率の比較
基準年:平成12年(2000年)



資料) 厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」より筆者作成。

図2-12 国民医療費と調剤医療費の伸び率の比較
基準年:平成12年(2000年)



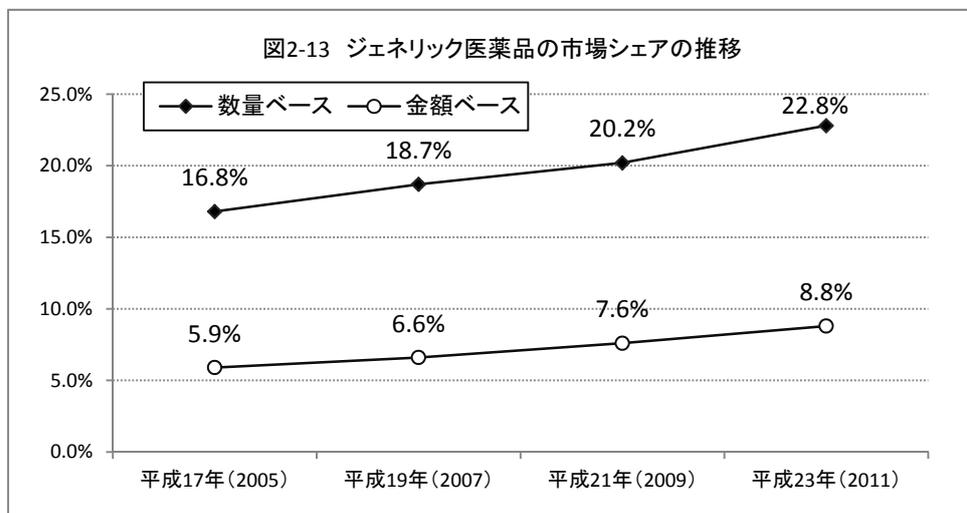
資料) 厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」および「衛生行政報告例」「医療施設調査・病院報告」より筆者作成。

2-5. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の促進

医薬品を取り巻く環境として、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の促進政策がある。厚生労働省は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品に比べて薬価が安いいため、後発医薬品の普及によって、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資すると考えている。そして、その普及が欧米諸国と比較して進んでいないことから、「平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%以上にする」と目標を掲げている¹⁷。

後発医薬品とは、ある医薬品の特許が切れた後に、有効成分や投与方法が同一の他者製剤である¹⁸。新薬には約10～15年の開発期間と数百億円の費用がかかると言われている。一方で後発医薬品は開発に3～5年、費用も1億円程度とされており、実際に先発医薬品よりも安価で提供されている。

国の後発医薬品の利用促進を目的として、一般名による処方が進められており¹⁹、院外処方の場合には、医師が変更を認めない場合以外は、処方医への確認なく後発医薬品への変更が可能である²⁰。この結果、後発医薬品の割合は徐々に増加している。（図2-13）



資料) 厚生労働省ホームページ「ジェネリック医薬品(後発医薬品)の使用促進について」より

¹⁷ 厚生労働省ホームページ「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進について」より

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kouhatsu-iyaku/index.html

¹⁸ 厚生労働省は、薬価基準に記載されている医療用医薬品のうち、先発医薬品とは「新しい効能や効果を有し、臨床試験（いわゆる治験）等により、その有効性や安全性が確認され、承認された医薬品である」としている。また、「先発医薬品の特許が切れた後に、先発医薬品と成分や規格等が同一で、治療学的に同等であるとして承認される医薬品を「後発医薬品」（いわゆるジェネリック医薬品）と呼んで」いるとしている。

（「使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている医薬品について（平成25年2月22日現在）」より）

¹⁹ 診療報酬点数上の加算がある。

²⁰ 平成22年度には同じ形状、平成24年には異なる剤形への変更が認められている。

3. 調剤報酬の妥当性についての考察

3-1. 本稿の目的

これまで、1章において医薬分業政策の歴史的経緯を、2章において取り巻く環境について確認してきた。医薬分業政策は、1980年代頃から強まった医療費抑制政策の中で、医療機関から調剤サービスを切り離す、院内処方から院外処方の方向への誘導が行われて、1990年代以降の院外処方の増加という結果をもたらした。

このようにして、作り出された状況に対して考えなくてはならないのは、「国民にとって望まれる状況であるかどうか」ということである。そのために、①国民・患者負担の視点から、さらにはより広く②医療費負担者としての国民の視点から、この状況について考えることは重要である。さらに、③調剤報酬が妥当であるのかどうかについて検討を行う必要がある。

◇国民・患者負担から

患者にとって、院外処方の増加が幸せかどうかを考えると、しばしば用いられる手法であるが、本稿でも「患者負担」を院内処方と院外処方での比較をすることによって検討している。

現状の診療報酬と調剤報酬では、調剤報酬の方が点数が高く設定されているために、院外処方が増加すると、必然的に患者が調剤サービスに支払う医療費全体が多くなる。その価格（点数）の差がどのように生じているのかの確認を行う必要がある。

さらに見落としてはいけない視点は、医療では基本的には患者は医師の指示に従うのが常であり、院内処方と院外処方を選択することは困難であるという点である。さらに、そのような状況では、通常の商品の購入とは異なり、国民が院内処方と院外処方を患者負担に照らし合わせて比較し選択することが困難であるため、患者自身が院内処方と院外処方を比較することもほとんどないであろうことが考えられる。

院外処方が増加する中で、国民から強い反対の声が聞こえない理由も、医療市場においては消費者である患者の立場は、提供者側と比較して弱いということがあり、それに従うことが習慣化しているからであろう。つまり、患者は、与えられている医療提供体制を受

容する立場なのである。

◇医療費負担者としての国民の視点から

調剤報酬の妥当性を検討することは、医療費負担者としての国民の視点から、非常に重要なことである。なぜならば、診療報酬・調剤報酬は医療費がどのように使われるか、その分配に影響を与えるからである。

さらには、調剤報酬によって成り立っている調剤サービス市場は、営利性が認められていることである。医療には非営利原則があり、そのために医療費は原則医療に還元されることになる。しかし、調剤サービス市場は営利性が認められている市場である。非営利組織では事業によって得られた収益を、団体の構成員に分配することが禁じられている一方、営利組織は、その収益を団体の構成員や出資者に分配することができる。

このことは、医療分野では、医療費がどこに還元されるかについて、大きな影響をもつことになる。すなわち、診療報酬・調剤報酬という公定価格である調剤報酬が高いがゆえに高利潤となっている場合には、医療費からもたらされた利益が団体の構成員や出資者へと還元される、ということである。さらには、その経営は国民に向けたものではなく、出資者に向けたものになる危険性もある。平成 17 年にまとめられた厚生労働省「医薬経営の非営利性等に関する検討会」報告書においても、「株主が求める高い収益率を追求するなど採算性が厳しく求められる民間営利部門」ではなく、「民間非営利部門による公益的活動が果たす役割とその発展を図ることが極めて重要である」ことが指摘されている。

よって、医療費の還元や経営のあり方を含め、より広い意味での国民の視点から考えた場合には、調剤報酬が妥当であるのかどうかの検討は、重要な意味を持つのである。

◇調剤報酬の妥当性の確認

調剤報酬の妥当性の確認が必要であることは、「調剤バブル」という象徴的な言葉によって表現される、2000 年代に入ってから調剤薬局の高利潤化が観察できることである。この状況は、調剤報酬が、過去の処方せん受付枚数の少なかった時代における高い点数を維持したまま、医薬分業政策によって調剤薬局の処方せん受付回数が増加したこと、さらに薬局がチェーン展開することにより、規模の経済が働き、調剤薬局の収益が大きくなった

ことが背景にあると考えられる。

すなわち、院外処方が少なかった時代においては、調剤薬局の経営のために、一回の調剤に対して、ある程度高い点数が必要であったことは推測できる。そこに、医薬分業政策による「院外処方増加」という外的要因が加わったことに加え、薬局がチェーン展開することによって、規模の経済が働き、それが調剤薬局の高利潤を実現させたと考えられるのである。

そこで重要となるのが、調剤報酬点数が妥当であるのかという検討である。しかしながら、これまでの先行研究では調剤報酬（および診療報酬の調剤部分）の歴史の変遷を追ったものがなく、すなわち価格の変遷を把握することが出来ない。従って、本稿では、下記の3つを目的としている。

1 つ目として、院内処方と院外処方では、患者の窓口負担は院外処方の方が高いことが言われているが、なぜそのような違いが生じているのかを示すことである。

2 つ目として、現行の診療報酬と調剤報酬のもとでは、どの程度窓口負担が異なるのかを比較することである。この比較は、1 つ目の目的と組み合わせられることにより、違いが生じている理由と結果とを知ることができる。

3 つ目は、診療報酬と調剤報酬—すなわち、調剤サービスの価格—の変遷を明らかにすることである。これまでの各年の診療報酬および調剤報酬を用いて、前提条件を置き算定することで、それを価格の推移の近似とすることができる。

3-2. 院内処方と院外処方での患者負担の違い

平成 23 年度の投薬率の推計値は、約 66.2%²¹である。つまり、医療機関を受診した患者の約 7 割が、処方を受けることになる。そのため、院内処方から院外処方へのシフトは、多くの患者に影響を及ぼすことになる。

患者の窓口負担は、院内処方よりも院外処方の方が高くなることが指摘されている。

その理由は、以下の 3 点が指摘できる。

1. 院内処方の場合の「処方料」よりも院外処方の場合の「処方せん料」が高く設定されていること。
2. 調剤に関する基本的な点数が、医療機関（診療報酬）よりも調剤薬局（調剤点数）の方が高く設定されていること。
3. 調剤薬局（調剤点数）には、加算が多く設けられていること。

1 点目で指摘したように、処方された場合「処方料」もしくは「処方せん料」が算定されることになる。「処方料」は院内処方の場合に算定され、「処方せん料」は院外処方の場合に算定される。平成 24 年度の診療報酬点数での点数を表 3-1 に示した。

同じ「処方」という行為にも関わらず、「7 種類以上の内服薬の投薬」の場合には 11 点、「その他」の場合には 26 点の差が存在している。

表 3-1 処方料と処方せん料の点数比較

	7 種類以上の内服薬の投薬	その他
処方料 (院内処方)	29 点	42 点
処方せん料 (院外処方)	40 点	68 点
点数の差	11 点	26 点

2 点目で指摘した、調剤に関する基本的な点数は、医療機関では医科診療報酬点数表、調剤薬局では調剤点数表に基づき算定される。

²¹ 入院外における投薬率。日本薬剤師会の推計方法と同様の方法で算出。2009 年から 2011 年のデータの平均値。

主に算定される点数として、医療機関では「調剤料」、調剤薬局では「調剤基本料」および「調剤料」がある。表 3-2 では内服薬²²を調剤した場合の点数の比較を示している。

表 3-2 内服薬の場合の調剤に関する点数の比較

医療機関	調剤料 (院内処方)	内服薬 (1回の処方に係る調剤につき) 9点 ※入院中の患者以外の場合。剤数・日数等にかかわらず、上記点数となる。
調剤薬局	調剤基本料	40点
	調剤料	内服薬 (1錠につき、3錠まで) イ 14日分以下の場合 (1) 7日目以下の部分 (1日分につき) 5点 (2) 8日目以上の部分 (1日分につき) 4点 ロ 15日以上 21日分以下の場合 71点 ハ 22日以上 30日分以下の場合 81点 ニ 31日以上の場合 89点

表 3-2 に示されるように、調剤に関する基本的な点数は、医療機関と調剤薬局では、点数および算定方法が異なっている。医療機関では「調剤料」を一回の処方について、剤数や日数等にかかわらず 9 点しか算定できない。しかし、調剤薬局の場合は、処方せん受付 1 回につき、調剤基本料 40 点が算定可能である。それに加え、調剤料を算定することができる。調剤料の算定方法はやや複雑であるが、処方が 14 日以内であれば、1 錠 1 日分につき算定できるので、2 錠を 14 日分であれば²³、

$$2 \text{ 錠} \times (5 \text{ 点} \times 7 \text{ 日} + 4 \text{ 点} \times 7 \text{ 日}) = 126 \text{ 点}$$

を、算定することになる。処方が 15 日以上であれば、日数により定められた各点数となる。

²² 内服薬を選んでいる理由は、H23 社会医療診療行為別調査より、医科では調剤料に占める内服薬・浸煎薬の算定回数割合は 95.9% (点数の割合は 87.5%) であり、調剤においても、内服薬の算定回数割合は 91.8% (点数の割合は 77.6%) と高かったことによる。

²³ ただし、服用時点が異なる場合に限る。服用時点が同一である場合は、投与日数にかかわらず 1 錠として算定される。なお、服用時点が同一であるものは、「朝食後、夕食後に服用」や「就寝前に服用」などの服用のタイミングが同じであること。

また、近年は患者の服薬管理も重視され、お薬手帳への記載を行った場合には、医療機関では「薬剤情報提供料（手帳記載により加算あり）」、調剤薬局では「薬剤服用歴管理指導料」が算定されている。表 3-3 は、患者に対し薬剤情報を提供し、かつ、お薬手帳に記載した場合の点数の比較である。

表 3-3 お薬手帳に記載した場合の点数の比較

医療機関	薬剤情報提供料 ²⁴	10 点
	手帳記載加算	3 点
調剤薬局	薬剤服用歴管理指導料 ²⁵ (1 回の処方につき)	41 点
点数の差		28 点

この場合の算定についても、医療機関では薬剤情報提供料を算定でき、さらにお薬手帳に記載した場合には加算 3 点を加えることができる。一方、調剤薬局では、薬剤服用歴管理指導料として、1 回の処方につき 41 点が算定できる。

ただし、この点数に関しては、医科点数表と調剤点数表の成り立ちの違いが大きく影響していることから、単純な比較はできないことを付け加えておく²⁶。

²⁴ 原則として月 1 回の算定であるが、「何種類かの薬剤のうち、1 種類でも変更した場合」「効能が同じでも商品名の異なる薬を処方した場合」等の様々な場合によって、月 1 回以上の算定が可能である。

²⁵ 平成 24 年の改定において、それまでの薬剤服用歴管理指導料（30 点）に薬剤情報提供料（15 点）が統合され、41 点と減額されている。

²⁶ 薬剤服用歴管理指導料は医科でいうところの再診料や外来管理加算に似た性格を持つものであり、それぞれの点数の持つ意味は異なっている。

さらに、3点目に指摘したように、調剤薬局（調剤点数）では、項目や加算が多く設けられていることが、患者負担を高くしていることも指摘できる。

調剤に関する点数は医療機関と調剤薬局では大きく異なっている。

表 3-4 医療機関と調剤薬局での調剤点数構成の比較

医療機関		調剤薬局			
調剤料	【調剤技術料】	調剤基本料	主な加算	分割調剤	
調剤技術基本料				後発医薬品分割調剤	
	調剤料	基準調剤			
		後発医薬品調剤体制			
	【薬学管理料】 ※在宅除く	薬剤服用歴管理指導料			
		長期投薬情報提供料			
		服薬情報等提供料			
		外来服薬支援料			

表 3-4 は、その構成の違いを示したものである。医療機関の調剤の技術料に関する点数の構造は非常に単純であり、調剤料と調剤技術基本料のみである。算定についても、内服薬の点数で示したとおり、単純である。

一方、調剤薬局では、大きな「調剤技術基本料」「薬学管理料」というカテゴリーがあり、その中に「調剤基本料」や「調剤料」などの細分化されたカテゴリーと、加算がある。さらに加算部分が分けられていることもあり、例えば、調剤基本料の中にある後発医薬品調剤体制加算は、後発医薬品の使用割合に応じて 1 から 3 に区分されている。

3-3. 調剤の基本的な技術料を用いた患者負担の比較

先に述べた「処方」に関する点数および「調剤」に関する点数の差により、患者の自己負担額は、算定する条件によって差に開きはあるものの、院外処方の方が院内処方と比較して2割～5割程度高くなる。

ここでは、3つの処方例を、初診と再診の2つのケース（計6パターン）の比較を行った。なお、処方例および薬剤費は医療機関からの情報提供によるものである。

比較においては以下を前提条件として想定している。

【想定した条件】

- 診療所
- 常勤の薬剤師はいない
- 基本的な点数のみを算定し、加算等は算定しない
- ただし、お薬手帳への記載をした場合の点数は算定
- 薬剤費は同額

この前提条件は、平成23年度社会医療診療行為別調査から得られたデータに基づいて設定している。上記を想定した理由は以下のとおりである。

- 平成23年度の処方総数に占める診療所の割合は73.1%と高い。
- 常勤の薬剤師がいる場合に算定可能である「調剤技術基本料」は、診療所が院内処方を行った場合の約9.6%の算定であるため、多くの診療所では薬剤師が常勤でないことが考えられる。
- 調剤の基本的な技術料のみについての比較を行うため、加算等は算定しない²⁷。
- ただし、患者に対して薬剤に関する情報提供と、手帳への記載をした場合の点数は算定する。その理由は、調剤薬局で約95.9%²⁸が当該点数である「薬剤服用歴管理指導料」を算定しており、医療機関においても、約67.4%²⁹が算定しているからである。

²⁷ 薬局には、診療所よりも多くの加算があるが、この比較では加算は加味していない。

²⁸ 薬剤服用歴管理指導料（回数）/調剤基本料（回数）

²⁹ 診療所入院外における、薬剤情報提供料（回数）/処方料（回数）。ただし、医科点数表では手帳に記載した場合は「手帳記載加算」が算定でき、手帳記載加算（回数）/処方料（回数）は7.9%であるが、調剤薬局と条

結果を示したものが、下記の表 3-5 である。

院外処方では院内処方より、基本的な技術料を算定した場合においても、2割～5割程度（金額にして300円～700円程度）高いことになる。実際には、調剤薬局においてはその他の加算も考えられるので、より差が大きくなることも考えられる。

ただし、このシミュレーションでは薬剤費は同額としているので、実際には後発医薬品を使用することで差が小さくなる可能性があることを補足しておく。シミュレーションの詳細については、参考資料を参照していただきたい。

表 3-5 シミュレーションによる患者の窓口負担の比較（3割負担）

		院内処方	院外処方	比（差）
事例① 「痛風」	初診料	1,540円	2,040円	1.32倍（500円）
	再診料	940円	1,440円	1.53倍（500円）
事例② 「湿布」	初診料	1,200円	1,480円	1.23倍（280円）
	再診料	590円	880円	1.49倍（290円）
事例③ 「花粉症」	初診料	2,150円	2,820円	1.31倍（670円）
	再診料	2,210円	1,550円	1.43倍（660円）

件を合わせるため、比較では算定している。

3-4. 調剤サービス価格の変遷に関する研究

【研究の目的】

調剤報酬の妥当性を確認することが重要であることは、先述したとおりである。すなわち、営利性が認められている調剤サービス市場においては、調剤報酬が高い場合においては、そこから得られた利益は出資者へと還元されていることになるからである。

また、調剤報酬が妥当でなくなってきたと考える背景は以下の通りである。繰り返しの記述になるが、院外処方が増えなかった時代においては、調剤薬局の経営のために、一回の調剤に対して、ある程度高い点数が必要であったことは推測できる。そこに、医薬分業政策による「院外処方の増加」という外的要因と、薬局のチェーン展開という、2つの規模の経済が働いた結果、それが調剤薬局の高利潤を実現させたと考えられるためである。

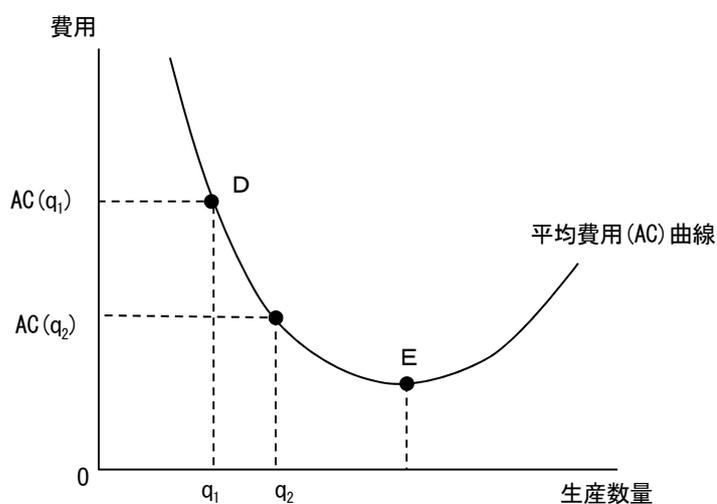
規模の経済と調剤薬局の利潤

◇規模の経済

生産量の拡大に伴って平均費用が低下する場合に、規模の経済があるという。

経済学では規模の経済は次のように説明される。すなわち、図3-1の区間DEのように、 $q_1 < q_2$ なら $AC(q_2) < AC(q_1)$ が成立するような場合である³⁰。

図3-1 規模の経済と平均費用



³⁰ 図ではトランスログ型の費用関数が想定されている。

◇規模の経済による調剤薬局の高利潤化の可能性

上に示したように、規模の経済とは1単位あたりの平均費用が低下することであり、調剤薬局であれば、患者一人当たりもしくは処方せん1枚あたりの経費が少なくなることを意味する。

ここで、規模の経済によって調剤薬局が高利潤化した可能性について、下記の点が考えられる。

1. チェーン展開により医薬品を大量購入することで、医薬品の仕入先に対する価格交渉力が強くなり、安い単価で仕入れることが可能となった。
2. 処方せん受付枚数が増加したことにより、患者一人当たり(処方せん1枚あたり)の土地、資本、人件費等の固定費が低下した。

ここで、調剤薬局の利潤 Π は、下記のように示すことができる。

$$\Pi = pQ - wL - rK - fX \cdots (1)$$

ただし、

p : 調剤サービス価格

Q : 調剤サービス量

w : 賃金率

L : 労働投入量

r : 資本レンタル率

K : 資本投入量

f : 医薬品の仕入れ価格

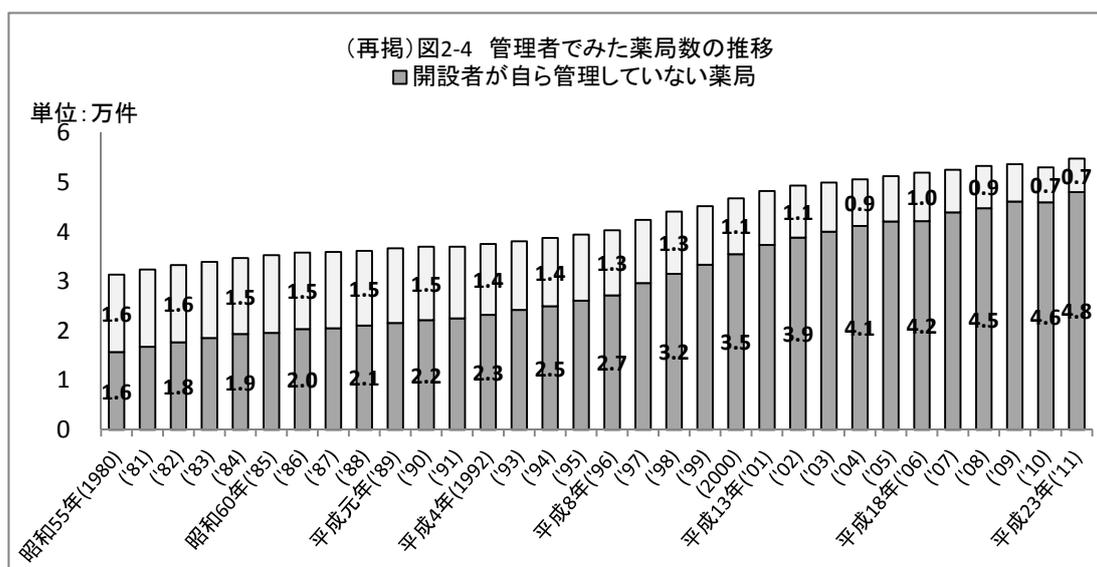
X : 医薬品の購入量

・調剤薬局のチェーン展開

(1) 式の pQ は調剤報酬収入、 wL は人件費、 rK は資本にかかる費用、 fX は医薬品の仕入れ値である。 pQ は調剤薬局の収入にあたり、それ以外が費用である。

調剤薬局のチェーン展開は、規模の経済を働かせることが考えられる。なぜなら、 fX の f (医薬品の仕入れ価格) が価格交渉力に依存するならば、大量購入が可能なチェーン薬局は単位当たりの医薬品費を低下させることができるからである。そしてそのことによって、より大きな薬価差益を得られることになる。また、平成 23 年度における、調剤薬局の費用のうち医薬品等費の占める割合は 67.9% と高く³¹、そのことから、医薬品の仕入れの価格交渉力が、人件費の削減や資本コストの圧縮よりも利潤に対して優位に影響を与えることが予測される³²。

さらに、利潤の追求という市場原則から考えれば、チェーン展開の調剤薬局が増加しているという事実が、チェーン展開することによって利潤が大きくなることを示しているとも言える。



資料) 厚生労働省大臣官房統計情報部「衛生行政報告例」より筆者作成。

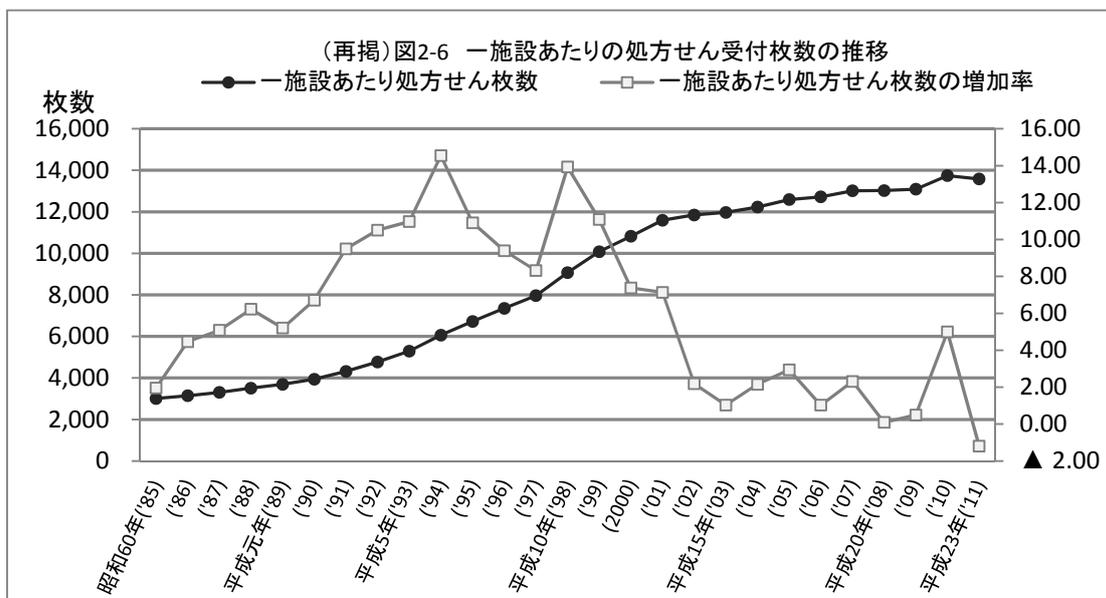
注) 平成 22 年度には、東日本大震災の影響により宮城県が含まれていない。また、「薬局数」「無薬局町村」には、福島県の相双保健福祉事務所管轄内の市町村も含まれていない。

³¹ 第 18 回医療経済実態調査 (平成 23 年 6 月実施) による。なお給与費が 2 番目に大きく 16.3%であった。

³² この点については別途検証が必要である。

・ 処方せん受付枚数の増加

さらに、一施設あたりの処方せん枚数が増加していることは、第2章において示したとおりである。



資料) 第3回薬剤師需給の将来動向に関する検討会資料, 日本薬剤師会ホームページ医薬分業進捗状況, 「衛生行政報告例」より筆者作成

この時、調剤薬局の利潤は、利潤 Π 、収入 R 、費用 C とすれば、下記のように表すことも可能である。

$$\Pi = R - C = (\bar{R} - \bar{C}) \times Q \cdots (2)$$

ただし、

\bar{R} : 処方せん一枚あたり収入

\bar{C} : 処方せん一枚あたり費用

利潤とは、収入から費用を引いたものであるが、処方せん一枚当たりの収入 \bar{R} と費用 \bar{C} の差に処方せん受付枚数 Q を乗じたものとして表すことができる。

このとき、処方せん受付枚数の増加は、処方せん1枚あたりの土地、資本、人件費等の固定費を低下させ、平均費用が低下すると考えられるのである。

つまり、平均費用 \bar{C} の低下とともに、処方せん受付枚数 Q の増加によって、利潤 Π が増加

したと考えられるのである³³。

以上のことから、調剤報酬の妥当性については検証する必要があると考えられる。しかしながら、経年での調剤報酬の推移を把握する研究はこれまで行われてこなかった。よって本研究の目的は、調剤報酬の変遷を明らかにすることである。すなわち、「経年的に調剤報酬の点数が高く設定されていたはずである」という仮説の検証を行うことが、本研究の目的である。そのために、調剤におけるこれまでの診療報酬と調剤報酬の点数の差を明らかにする。

³³ この点については、別途検証が必要である。また、これは（1）式における Q の増加、 w の低下、 r の低下と考えることもできるが、 L および K によって人件費と資本に係る費用の大きさは変化するため（2）式の方が理解しやすい。

【方法】

院内処方と院外処方の点数の差を、医薬分業元年³⁴とされている昭和49年（1974）から時系列で比較を行った。調剤報酬のみの把握としなかった理由は、同じ調剤サービスである院内処方との比較をすることで、その大小を相対的にとらえることが可能だからである。

より具体的には、院内処方での医療機関の点数（処方料および調剤料）と院外処方での調剤薬局の点数（医療機関の処方せん料は含めていない）の比較を行った。院内処方での医療機関の調剤点数として、処方料も含めているが、処方料を広い意味での調剤サービスに得られる収入ととらえれば、含めて算出することに問題はない。

各年度における診療報酬点数（入院外の調剤かかる点数のみ）および調剤報酬点数を網羅的に把握するために、社会保険診療報酬点数表の解釈（各年版）、医薬分業の歴史（薬事日報社）、厚生労働省通知「診療報酬点数表の一部改正等について」（各年）等を用いた³⁵。

点数を比較するにあたっては、色々な条件で加算等が異なるため、単純な比較が困難であった。そのため、何らかの前提条件を置く必要があった。その前提は、平成23年の状況および政策の動向を踏まえた一般的なものを想定しており、表3-6に示すとおりである。

前提条件として定められているものは、院内処方と院外処方の共通事項として、①患者の受診形態、②処方薬剤数、③処方日数である。①患者の受診形態は初診とし、②処方薬剤数は3剤、③処方日数は7日間（短期）と30日間（長期）の2つのパターンを想定している。その他、院内処方の場合の医療機関の条件および院外処方の場合の医療機関と調剤薬局の条件を設けている。なお、この比較においては、薬剤料は含まれていない。

³⁴ 日本薬剤師会による。この年の診療報酬改定において、院外処方の際に医療機関が算定する「処方せん料」が10点から50点へと大幅に引き上げられたため。

³⁵ 詳細については、別添の資料を参照。

表3-6 【シミュレーションの前提】

院内処方と院外処方それぞれの場合における投薬に対する点数(別紙)を算定するに当たり、下記の条件を設定している。設定に際しては、厚生労働省等の調査結果から実態を踏まえつつ、近年の医療政策で医療機関と薬局に求められている機能も勘案した。

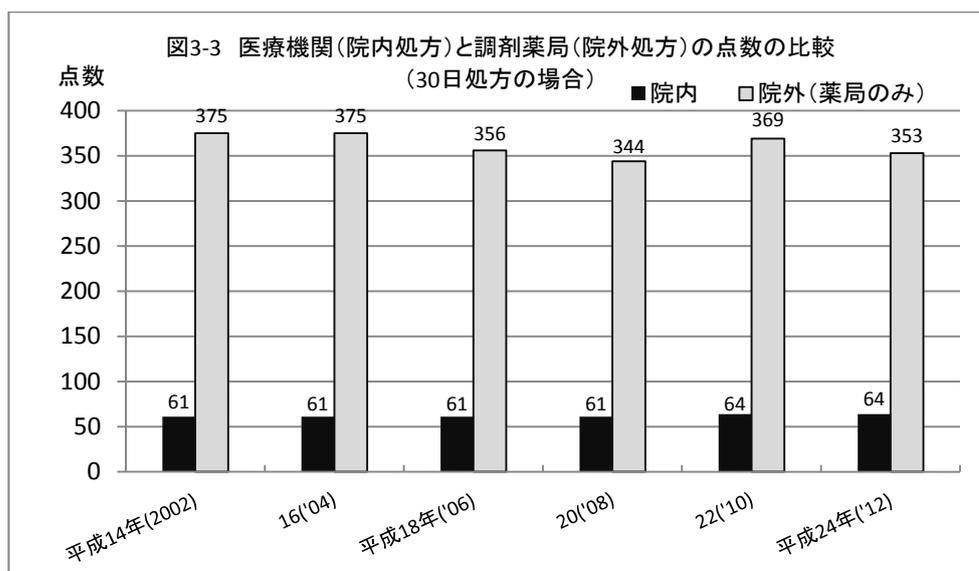
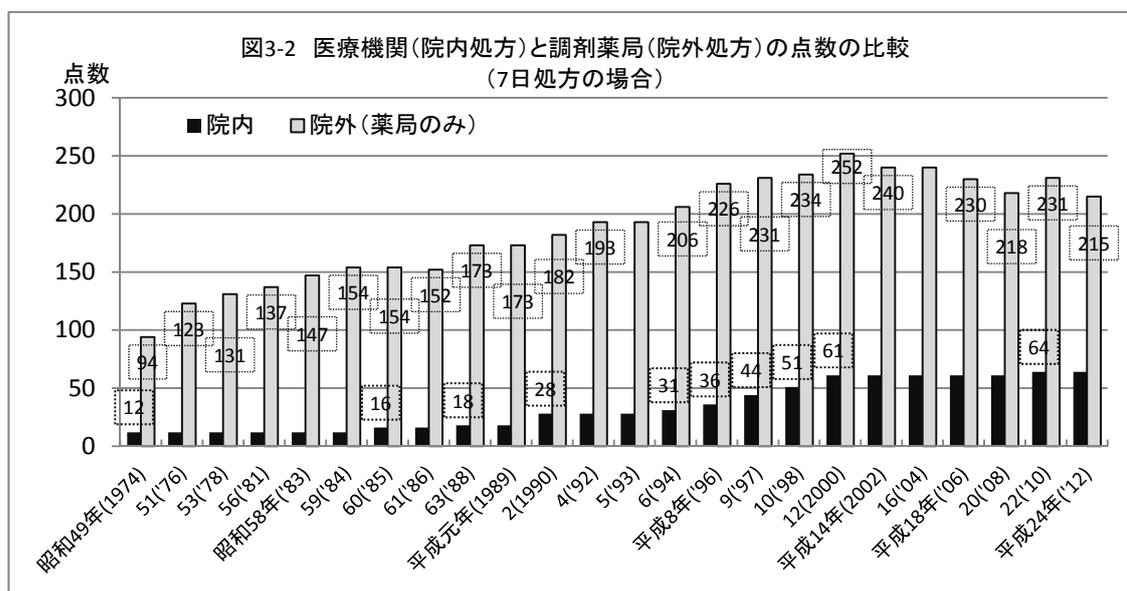
	項目	条件	根拠
院内・院外処方共通	患者の受療形態	通院(初診)	
	処方薬剤数	内服3剤(屯服薬はなし) ※先発医薬品 1剤 後発医薬品 1剤 一般名 1剤	①「社会医療診療行為別調査(平成23年度版)」より ※1件当たり薬剤種類数(内服薬):一般医療 3.38 ②「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向(平成23年度)」より ※処方せん1枚当たり種類数 2.90
	処方日数	7日(短期で月1回) 30日(慢性疾患で月1回)	院外処方の場合、処方日数によって調剤料の算定方法が異なるため2パターンで算出
院内処方 (医療機関条件)	薬剤師配置	なし	
	薬剤情報提供書	交付している	行うべき行為として設定
	お薬手帳	必要事項を記載	
院外処方			
①医療機関条件	処方せん	後発医薬品あり	国の施策(後発医薬品使用促進)に則し設定
		一般名処方の薬剤あり	
		薬局での後発医薬品変更可	
②薬局条件	処方せん受付回数	4000回以下/月	「社会医療診療行為別調査(平成23年度版)」より ※調剤基本料のうち特例(処方せん受付回数4000回以上かつ特定の医療機関からの処方せん割合が70%を超える場合)の算定は3.5%程度
	特定医療機関集中度	70%以下	
	後発医薬品調剤率	48.6%	「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向(平成23年度)」より ※後発医薬品調剤率 48.6%
	服薬指導・薬剤管理	必要な服薬指導をしている	行うべき行為として設定
		薬剤情報提供書を交付している	
お薬手帳を交付している			
残薬を確認している			
後発医薬品情報を提供している			
一般名処方後発医薬品を調剤している			
		薬歴を記載している	

表3-7 【個別点数の算定】

報酬名	点数名称	算定の有無	根拠
調剤報酬	基準調剤加算	算定している (区分されてからは「1」を算定)	中医協資料「主な施設基準の届出状況等」(平成23年7月1日時点)と厚生省「平成22年度衛生行政報告例の概況」(平成23年3月末)の調査結果より ※届出割合:「1」41.2%、「2」11.6% (届出割合)=(届出薬局数)/(全薬局数)
	後発医薬品調剤体制加算	算定している (区分されてからは「3」を算定)	①中医協資料「後発医薬品の使用状況調査結果概要(速報)平成25.2.27」と日本アルトマーク(民間調査会社)の調査結果より ※中医協:加算算定は65.6%、算定施設のうち「3」の算定は44.8% 日本アルトマーク:加算算定は65.3%、算定施設のうち「3」の算定は42.9% ②国の施策も勘案した

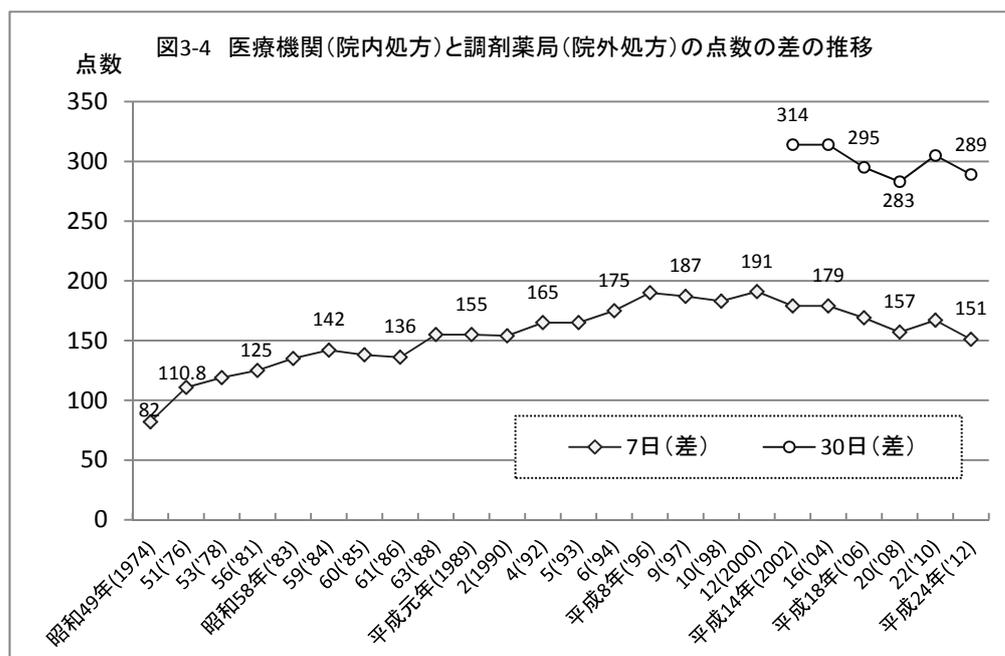
【結果】

結果は以下の通りであった。7日処方においては昭和49年（1974）以降、医療機関、調剤薬局とも徐々に増加し、近年はやや減少傾向にある。30日間の処方については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」の改正により投与日数の制限³⁶が撤廃された、平成14年（2002）以降を示している。若干減少傾向にあるとみることも可能であるが、大きな変化はなかった。



³⁶ それまでは、原則として14日以内の処方が定められていた。ただし、現在においても、発売後一年は原則14日以内とされている。

図 3-4 は、シミュレーションから得られた医療機関と調剤薬局の点数の差を示したグラフである。短期の処方においても長期の処方においても、大きな差が存在し続けてきたことが確認できる。平成 24 年度の診療報酬点数・調剤報酬を用いた場合には、7 日処方では 3.3 倍、30 日処方では 5.5 倍、調剤薬局が医療機関よりも高い点数（価格）となる。



【結論】

約 40 年間の点数は、近年はやや減少傾向にあるものの、大きな減少傾向にはないことが把握できた。さらに、この点数比較は一般的な例であり、調剤報酬に設けられている様々な加算によって、調剤薬局の経営戦略によっては、より高く算定できる可能性も十分にある。

このことから、調剤薬局の収入である調剤報酬が、高く保たれているということが確認できた。そして、その報酬は同じ調剤サービスを提供する医療機関と比較しても、高い点数となっていた。

よって、さらなる調剤報酬の妥当性については検討を進めることが必要である。

4. 考察

これまで、医薬分業政策の歴史的経緯と取り巻く状況について概観してきた。そして、規模の経済によって調剤薬局が高利潤化している可能性を指摘した。本稿においては、単位当たりの収入を把握するために、シミュレーションという手法を用いて分析した。

ここで、調剤報酬の妥当性について述べるときに、最適な調剤報酬水準を示せるわけではない。しかし、「調剤バブル」と指摘されるような状況が指摘されていることや、調剤サービス市場では営利性がゆるさされているという医療サービス市場との違いから、調剤報酬が過去の状況をひきずりながら高く保たれているのであれば、それは低くされるべきである。

さらに、この妥当性を考えるうえでの難しさは、調剤サービス提供者である調剤薬局の、どのレベルに合わせて設定すればよいのかという問題である。実際に、処方せん枚数が少ない地域では、調剤薬局の経営は困難であるかもしれない。しかし、そういった調剤薬局の経営が成り立つような点数を調剤報酬によって一律にあたえることは、一方で経営に有利なチェーン展開をしているような調剤薬局に高利益をもたらすことになる。そして、ここで生まれた利益は、その団体の構成員や企業の出資者へと還元されてしまうからである。よって、そのような、地域に必要な薬局の確保という側面については、医療計画を通じて、地域に必要な医療提供施設として確保するための対策を立て、対応することが望ましいと考えられる。

5. 今後の課題

調剤報酬の妥当性についてのさらなる検討のためには、実際に規模の経済が働いているかどうかの実証的な分析を行う必要がある。本稿においては、調剤薬局の収入面においての確認にとどまっており、費用面は触れていない。

さらには、医薬分業政策から見えてきた、消費税増税の影響の分析である。1990年代にみられた院外処方の増加は、医療機関が調剤サービスを手放した結果とみなすことができる。その時期、薬価差益の縮小政策とともに、消費税の導入および増税が行われており、このことが、調剤サービスを高コスト化させ、院外処方を増加させたのではないかと考えられる³⁷。

医薬分業政策の今後を考察するうえで、この政策を概観することによって見えてきた、様々な影響について分析することが必要である。

³⁷ 現在、別途研究中である。

【参考文献】

- 秋葉保次他（2012）『医薬分業の歴史 証言で綴る日本の医薬分業史』薬事日報社
- 片山晃ほか（2003）「済生会栗橋病院の院外処方せんの地域拡散状況と患者の薬局選択様式」薬学雑誌 123（6），pp469-474.
- 兼松顯・山川浩司（1998）「日本における薬学教育の変遷と学位問題」学位研究（7），pp1-41，
大学評価・学位授与機構
- 櫻井秀彦ほか（2009）「薬局における処方せん調剤を目的として来局した患者の満足度に影響を与える薬局機能・サービスに関する研究」薬学雑誌 129（5），pp581-591.
- 佐々木修・郡司康幸（2003）「医薬分業の進捗状況と保険財政への影響」ESRI 調査研究レポート No.4，内閣府経済社会総合研究所
- 長岡貞男・平尾由紀子（1998）『産業組織の経済学（第2版）』日本評論社
- 早瀬幸俊（2003）「医薬分業の問題点」薬学雑誌 123（3），pp121-132.
- 前田由美子（2012）「医薬分業、後発医薬品使用促進の現状と薬局および後発医薬品メーカーの経営」日医総研ワーキングペーパーNo.268
- （2013）「医師と薬局および薬剤師の業務についての一考察 —医薬分業・後発医薬品・スイッチ OTC—」日医総研ワーキングペーパーNo.282
- 薬事衛生研究会（2012）『2012-13年版薬事法規・制度及び倫理解説』薬事日報社
- （2012）『薬価基準のしくみと解説 2012』薬事日報社

参 考 资 料

患者の自己負担の例

事例①－ 1 : 「痛風」(初診料で算定)

処方内容 ●1日2回 痛風の薬を30日分

院内処方		院外処方			
医療 機 関	初診料	2,700 円	医療 機 関	初診料	2,700 円
	処方料	420 円		処方せん料	680 円
	薬剤情報提供料	100 円		①小計	3,380 円
	手帳記載加算	30 円	調 剤 薬 局	調剤基本料	400 円
	調剤料	90 円		調剤料	810 円
	薬剤料	1,800 円		薬剤服用歴管理指導料	410 円
		薬剤料		1,800 円	
		②小計	3,420 円		
医療費合計		5,140 円	医療費合計①+②		6,800 円
自己負担額			自己負担額		
	1割負担	510 円		1割負担	680 円
	3割負担	1,540 円		3割負担	2,040 円

	院外処方/院内処方
1割負担	1.33
3割負担	1.32

事例①－ 2 : 「痛風」(再診料で算定)

処方内容 ●1日2回 痛風の薬を30日分

院内処方		院外処方			
医療 機 関	再診料	690 円	医療 機 関	再診料	690 円
	処方料	420 円		処方せん料	680 円
	薬剤情報提供料	100 円		①小計	1,370 円
	手帳記載加算	30 円	調 剤 薬 局	調剤基本料	400 円
	調剤料	90 円		調剤料	810 円
	薬剤料	1,800 円		薬剤服用歴管理指導料	410 円
		薬剤料		1,800 円	
		②小計	3,420 円		
医療費合計		3,130 円	医療費合計①+②		4,790 円
自己負担額			自己負担額		
	1割負担	310 円		1割負担	480 円
	3割負担	940 円		3割負担	1,440 円

	院外処方/院内処方
1割負担	1.55
3割負担	1.53

事例②－ 1 : 「湿布」 (初診料で算定)

処方内容 ●湿布を5パック

院内処方		院外処方			
医療 機 関	初診料	2,700 円	医療 機 関	初診料	2,700 円
	処方料	420 円		処方せん料	680 円
	薬剤情報提供料	100 円	①小計 3,380 円		
	手帳記載加算	30 円	調 剤 薬 局	調剤基本料	400 円
	調剤料	90 円		調剤料	100 円
	薬剤料	650 円		薬剤服用歴管理指導料	410 円
		薬剤料		650 円	
医療費合計		3,990 円	医療費合計①+②		4,940 円
自己負担額			自己負担額		
	1割負担	400 円		1割負担	490 円
	3割負担	1,200 円		3割負担	1,480 円

	院外処方/院内処方
1割負担	1.23
3割負担	1.23

事例②－ 2 : 「湿布」 (再診料で算定)

処方内容 ●湿布を5パック

院内処方		院外処方			
医療 機 関	再診料	690 円	医療 機 関	再診料	690 円
	処方料	420 円		処方せん料	680 円
	薬剤情報提供料	100 円	①小計 1,370 円		
	手帳記載加算	30 円	調 剤 薬 局	調剤基本料	400 円
	調剤料	90 円		調剤料	100 円
	薬剤料	650 円		薬剤服用歴管理指導料	410 円
		薬剤料		650 円	
医療費合計		1,980 円	医療費合計①+②		2,930 円
自己負担額			自己負担額		
	1割負担	200 円		1割負担	290 円
	3割負担	590 円		3割負担	880 円

	院外処方/院内処方
1割負担	1.45
3割負担	1.49

事例③－ 1 : 「花粉症」(初診料で算定)

処方内容

●花粉症の錠剤14日分・漢方14日分・目薬

院内処方		院外処方			
医療 機 関	初診料	2,700 円	医療 機 関	初診料	2,700 円
	処方料	420 円		処方せん料	680 円
	薬剤情報提供料	100 円		①小計	3,380 円
	手帳記載加算	30 円	調 剤 薬 局	調剤基本料	400 円
	調剤料	90 円		調剤料	1,360 円
	薬剤料	3,840 円		薬剤服用歴管理指導料	410 円
		薬剤料		3,840 円	
		②小計	6,010 円		
医療費合計		7,180 円	医療費合計①+②		9,390 円
自己負担額			自己負担額		
	1割負担	720 円		1割負担	940 円
	3割負担	2,150 円		3割負担	2,820 円

	院外処方/院内処方
1割負担	1.31
3割負担	1.31

事例③－ 2 : 「花粉症」(再診料で算定)

処方内容

●花粉症の錠剤14日分・漢方14日分・目薬

院内処方		院外処方			
医療 機 関	再診料	690 円	医療 機 関	再診料	690 円
	処方料	420 円		処方せん料	680 円
	薬剤情報提供料	100 円		①小計	1,370 円
	手帳記載加算	30 円	調 剤 薬 局	調剤基本料	400 円
	調剤料	90 円		調剤料	1,360 円
	薬剤料	3,840 円		薬剤服用歴管理指導料	410 円
		薬剤料		3,840 円	
		②小計	6,010 円		
医療費合計		5,170 円	医療費合計①+②		7,380 円
自己負担額			自己負担額		
	1割負担	520 円		1割負担	740 円
	3割負担	1,550 円		3割負担	2,210 円

	院外処方/院内処方
1割負担	1.42
3割負担	1.43

◇7日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		昭和49年3月 (薬局は2月)	昭和49年11月 (薬局は10月)	昭和51年4月	昭和53年2月	昭和56年6月
院内処方	診療所(合計)	12	12	12	12	12
院外処方	診療所(小計)	18	58	58	58	63
	薬局(小計)	94	112.4	122.8	131	137
	合計	112	170.4	180.8	189	200
院内・院外点数差(院外－院内)		100	158.4	168.8	177	188

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		昭和49年3月 (薬局は2月)		昭和49年11月 (薬局は10月)		昭和51年4月		昭和53年2月		昭和56年6月	
		被用者保険 (初診定額200円)	国保 (3割)	被用者保険 (初診定額200円)	国保 (3割)	被用者保険 (初診定額200円)	国保 (3割)	被用者保険 (初診定額600円)	国保 (3割)	被用者保険 (初診定額800円)	国保 (3割)
院内処方	診療所(合計)	200	40	200	40	200	40	600	40	800	40
院外処方	診療所(小計)	200	50	200	170	200	170	600	170	800	190
	薬局(小計)	0	280	0	340	0	370	0	390	0	410
	合計	200	330	200	510	200	540	600	560	800	600
自己負担差額		0	290	0	470	0	500	0	520	0	560

《条件設定等》

※技術料について、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出(薬剤料は除外)。詳細な条件については別添資料【算定条件】を参照のこと。

※特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外している。

※対象期間は分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までとした。

※昭和49年～平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)。

※昭和49年～平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算。

※昭和49年～58年の被用者保険の定額負担には薬剤費を含む。

※平成9年～14年の自己負担額は定率部分の負担額のみを記載。

◇7日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		昭和58年2月	昭和59年3月	昭和60年3月	昭和61年4月	昭和63年4月	平成元年4月
院内処方	診療所(合計)	12	12	16	16	18	18
院外処方	診療所(小計)	63	63	62	62	64	64
	薬局(小計)	147	154	154	152	173	173
	合計	210	217	216	214	237	237
院内・院外点数差(院外－院内)		198	205	200	198	219	219

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		昭和58年2月		昭和59年3月		昭和60年3月		昭和61年4月		昭和63年4月		平成元年4月	
		被用者保険 (初診定額800円)	国保 (3割)	被用者保険 (1割)	国保 (3割)								
院内処方	診療所(合計)	800	40	10	40	20	50	20	50	20	50	20	50
院外処方	診療所(小計)	800	190	60	190	60	190	60	190	60	190	60	190
	薬局(小計)	0	440	150	460	150	460	150	460	170	520	170	520
	合計	800	630	210	650	210	650	210	650	230	710	230	710
自己負担差額		0	590	200	610	190	600	190	600	210	660	210	660

◇7日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		平成2年4月	平成4年4月	平成5年4月	平成6年4月	平成6年10月	平成8年4月
院内処方	診療所(合計)	28	28	28	31	31	36
院外処方	診療所(小計)	74	74	74	76	76	76
	薬局(小計)	182	193	193	206	206	226
	合計	256	267	267	282	282	302
院内・院外点数差(院外－院内)		228	239	239	251	251	266

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		平成2年4月		平成4年4月		平成5年4月		平成6年4月		平成6年10月		平成8年4月	
		被用者保険 (1割)	国保 (3割)										
院内処方	診療所(合計)	30	80	30	80	30	80	30	90	30	90	40	110
院外処方	診療所(小計)	70	220	70	220	70	220	80	230	80	230	80	230
	薬局(小計)	180	550	190	580	190	580	210	620	210	620	230	680
	合計	250	770	260	800	260	800	290	850	290	850	310	910
自己負担差額		220	690	230	720	230	720	260	760	260	760	270	800

◇7日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		平成9年4月	平成10年4月	平成12年4月	平成14年4月	平成16年4月	平成18年4月	平成18年10月
院内処方	診療所(合計)	44	51	61	61	61	61	61
院外処方	診療所(小計)	79	81	81	71	71	70	70
	薬局(小計)	231	234	252	240	240	230	230
	合計	310	315	333	311	311	300	300
院内・院外点数差(院外－院内)		266	264	272	250	250	239	239

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		平成9年4月		平成10年4月		平成12年4月		平成14年4月		平成16年4月	平成18年4月	平成18年10月
		被用者保険 (2割)	国保 (3割)	被用者保険 (2割)	国保 (3割)	被用者保険 (2割)	国保 (3割)	被用者保険 (2割)	国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)
院内処方	診療所(合計)	90	130	100	150	120	180	120	180	180	180	180
院外処方	診療所(小計)	160	240	160	240	160	240	140	210	210	210	210
	薬局(小計)	460	690	470	700	500	760	480	720	720	690	690
	合計	620	930	630	940	660	1000	620	930	930	900	900
自己負担差額		530	800	530	790	540	820	500	750	750	720	720

◇7日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		平成20年4月	平成22年4月	平成24年4月
院内処方	診療所(合計)	61	64	64
院外処方	診療所(小計)	68	68	70
	薬局(小計)	218	231	215
	合計	286	299	285
院内・院外点数差(院外－院内)		225	235	221

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		平成20年4月	平成22年4月	平成24年4月
		被用者保険・国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)
院内処方	診療所(合計)	180	190	190
院外処方	診療所(小計)	200	200	210
	薬局(小計)	650	690	650
	合計	850	890	860
自己負担差額		670	700	670

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外している。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇7日処方(計算表)

		昭和49年3月(薬局は2月)				昭和49年11月(薬局は10月)				昭和51年4月				昭和53年2月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数
院内 処方	薬剤情報提供料(月1回)																
	手帳記載加算(月1回)																
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)	調剤料1イ 内浸 (1回の処方に係る調剤につき)	4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	処方料1イ 内浸(1回の処方につき)	8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8
	処方料2(1回の処方につき)																
	薬剤情報提供加算(月1回)																
合計	合計				12	合計			12	合計			12	合計			12

名称のまとめ(経年変化)		名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数
診療 所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	処方料1イ 内浸(1回の処方につき)	8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8
	処方せん料(交付1回につき)	処方せん料(交付1回につき)	10	×1回	10		50	×1回	50		50	×1回	50		50	×1回	50
	処方せん料2(交付1回につき)																
	処方せん料2イ(交付1回につき)																
	一般名処方加算(交付1回につき)																
小計	小計				18	小計			58	小計			58	小計			58
院外 処方 薬局	調剤基本料(処方せん受付1回につき)	調剤基本料(処方せん受付1回につき)	10	×1回	10		20	×1回	20		22	×1回	22		26	×1回	26
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)																
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)																
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)																
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)	内服薬(1剤1日分につき)	4	×3剤×7日	84		4.4	×3剤×7日	92.4		4.8	×3剤×7日	100.8		5	×3剤×7日	105
	7日目以下(1日分につき)																
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)																
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料/ 薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通: 処方せん受付1回につき)																
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																
	薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																
	特別指導加算 (処方せん受付1回につき)																
	特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																
服薬指導加算																	
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)																	
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供料(共 通:処方せん受付1回につき)																	
小計	小計				94	小計			112.4	小計			122.8	小計			131
合計	合計				112	合計			170.4	合計			180.8	合計			189

※1 昭和49年～平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年～平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外している。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇7日処方(計算表)

		昭和56年6月				昭和58年2月				昭和59年3月				昭和60年3月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
院内処方	薬剤情報提供料(月1回)																
	手帳記載加算(月1回)																
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方につき)		4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4	内浸屯 包括化	4	×1回	4
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8	処方料(1回の処方につき)	12	×1回	12
	処方料2(1回の処方につき)																
	薬剤情報提供加算(月1回)																
合計	合計				12	合計			12	合計			12	合計			16

		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
診療所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8	処方料(1回の処方につき)	12		
	処方せん料(交付1回につき)		55	×1回	55		55	×1回	55		55	×1回	55	処方せん料(交付1回につき)	62	×1回	62
	処方せん料2(交付1回につき)																
	処方せん料2イ(交付1回につき)													処方料含む			
	一般名処方加算(交付1回につき)																
小計	小計				63	小計			63	小計			63	小計			62
院外処方	調剤基本料(処方せん受付1回につき)		32	×1回	32		32	×1回	32		33	×1回	33		33	×1回	33
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)																
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)																
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)																
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき) 7日目以下(1日分につき)		5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)						10	×1回	10		16	×1回	16		16	×1回	16
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料/ 薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通: 処方せん受付1回につき)																
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																
	薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																
	特別指導加算 (処方せん受付1回につき)																
	特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																
	服薬指導加算																
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)																	
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供料(共 通:処方せん受付1回につき)																	
小計	小計				137	小計			147	小計			154	小計			154
合計	合計				200	合計			210	合計			217	合計			216

7日分以上の投薬に係る薬剤の服用に関し必要な指導を行った場合に算定

※1 昭和49年～平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年～平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外している。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇7日処方(計算表)

		昭和61年4月				昭和63年4月				平成元年4月				平成2年4月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
院内処方	薬剤情報提供料(月1回)																
	手帳記載加算(月1回)																
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		12	×1回	12		14	×1回	14		14	×1回	14		24	×1回	24
	処方料2(1回の処方につき)																
	薬剤情報提供加算(月1回)																
合計	合計				16	合計			18	合計			18	合計			28

名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	
診療所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		12				14				14				24			
	処方せん料(交付1回につき)		62	×1回	62		64	×1回	64		64	×1回	64		74	×1回	74	
	処方せん料2(交付1回につき)																	
	処方せん料2イ(交付1回につき)																	
	一般名処方加算(交付1回につき)																	
小計	小計				62	小計			64	小計			64	小計			74	
院外処方	調剤基本料(処方せん受付1回につき)		31	×1回	31		31	×1回	31		31	×1回	31		31	×1回	31	
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)																	
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)													基準調剤加算 (処方せん受付1回につき)	9	×1回	9	
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)																	
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																	
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																	
	内服薬(1剤1日につき)/内服薬(1剤につき) 7日目以下(1日につき)	患者ごとの薬剤服用歴に基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合に算定。第1回目の処方せん受付時は算定不可		5	×3剤×7日	105	7日目以下	6	×3剤×7日	126		6	×3剤×7日	126		6	×3剤×7日	126
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																	
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)		16	×1回	16		16	×1回	16		16	×1回	16		16	×1回	16	
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料/薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通:処方せん受付1回につき)	薬剤服用歴管理指導料(2回目以降、処方せん受付1回につき)		5				8				8				11		
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																	
	薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																	
	特別指導加算 (処方せん受付1回につき)																	
特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																		
服薬指導加算																		
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)																		
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき)																		
小計	小計				152	小計			173	小計			173	小計			182	
合計	合計				214	合計			237	合計			237	合計			256	

※1 昭和49年～平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年～平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外している。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇7日処方(計算表)

平成4年4月					平成5年4月				平成6年4月				平成6年10月							
名称のまとめ(経年変化)					名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
院内 処方	薬剤情報提供料(月1回)																			
	手帳記載加算(月1回)																			
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方につき)					4	×1回	4	4	×1回	4	4	調剤料1イ 内浸屯 (1回の処方に係る調剤につき)	5	×1回	5	5	×1回	5	
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)					24	×1回	24	24	×1回	24	24	処方料1イ 内浸屯 (1回の処方に係る調剤につき)	26	×1回	26	26	×1回	26	
	処方料2(1回の処方につき)																			
	薬剤情報提供加算(月1回)																			
合計							28	合計			28	合計			31	合計			31	

名称のまとめ(経年変化)					名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
診療 所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)					24			24				26				26			
	処方せん料(交付1回につき)					74	×1回	74	74	×1回	74	74	処方せん料2(交付1回につき)	76	×1回	76	76	×1回	76	
	処方せん料2(交付1回につき)																			
	処方せん料2イ(交付1回につき)																			
一般名処方加算(交付1回につき)																				
小計							74	小計			74	小計			76	小計			76	
院外 処方 薬局	調剤基本料(処方せん受付1回につき)					35	×1回	35	35	×1回	35	35	調剤基本料(Ⅰ)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)	40	×1回	40	40	×1回	40	
	調剤基本料(Ⅰ)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)																			
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)					12	×1回	12	12	×1回	12	12	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)	14	×1回	14	14	×1回	14	
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)																			
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																			
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																			
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)																			
	7日以下(1日分につき)					6	×3剤×7日	126	6	×3剤×7日	126	6	×3剤×7日	126	6	×3剤×7日	126	6	×3剤×7日	126
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																			
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)																			
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料/ 薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通: 処方せん受付1回につき)					15	×1回	15	15	×1回	15	15	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料/ 薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通: 処方せん受付1回につき)	21	×1回	21	21	×1回	21	
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)					5	×1回	5	5	×1回	5	5	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)	5	×1回	5	5	×1回	5	
	薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																			
	特別指導加算 (処方せん受付1回につき)																			
	特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																			
服薬指導加算																				
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)																				
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供料(共 通:処方せん受付1回につき)																				
小計							193	小計			193	小計			206	小計			206	
合計							267	合計			267	合計			282	合計			282	

※1 昭和49年～平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年～平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外している。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇7日処方(計算表)

平成8年4月					平成9年4月				平成10年4月				平成12年4月			
名称のまとめ(経年変化)	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数
薬剤情報提供料(月1回)					薬剤情報提供料(月1回)	7	×1回	7		7	×1回	7		10	×1回	10
手帳記載加算(月1回)																
調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		5	×1回	5	薬剤情報提供加算が独立	5	×1回	5		7	×1回	7		9	×1回	9
処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	薬剤情報を文書提供	26	×1回	26	7種類以下の内服薬投薬								6種類以下の内服薬			
処方料2(1回の処方につき)					処方料2(1回の処方につき)	32	×1回	32		37	×1回	37	処方料2(1回の処方につき)	42	×1回	42
薬剤情報提供加算(月1回)	薬剤情報提供加算(月1回)	5	×1回	5		—				—				—		
合計	合計			36	合計			44	合計			51	合計			61

名称のまとめ(経年変化)					名称				名称				名称			
名称	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数
処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	7種類以下の内服薬投薬	26											6種類以下の内服薬			
処方せん料(交付1回につき)													処方せん料2(交付1回につき)	81	×1回	81
処方せん料2(交付1回につき)	処方せん料2(交付1回につき)	76	×1回	76		79	×1回	79		81	×1回	81				
処方せん料2イ(交付1回につき)																
一般名処方加算(交付1回につき)																
小計	小計			76	小計			79	小計			81	小計			81
調剤基本料(処方せん受付1回につき)		—				—				—				—		
調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)	調剤基本料(I)a (処方せん受付1回につき)	45	×1回	45		46	×1回	46		49	×1回	49		49	×1回	49
基準調剤加算(処方せん受付1回につき)		20	×1回	20		20	×1回	20		20	×1回	20		20	×1回	20
基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)	1月受付4000回以下、特定医療機関70%以下															
後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																
後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																
内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)		—				—				—				—		
7日目以下(1日分につき)		6	×3剤×7日	126		6	×3剤×7日	126		6	×3剤×7日	126		6	×3剤×7日	126
後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																
投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—				—				—		
薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料/ 薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通: 処方せん受付1回につき)		30	×1回	30		32	×1回	32		32	×1回	32	薬剤服用歴管理・指導料 (処方せん受付1回につき)	22	×1回	22
投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)	薬剤情報を文書提供	—				—				—				—		
薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)	薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)	5	×1回	5		7	×1回	7		7	×1回	7	服薬状況等を薬歴に記録し、 必要な指導を行った場合	—		
特別指導加算 (処方せん受付1回につき)													特別指導加算 (処方せん受付1回につき)	20	×1回	20
特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																
服薬指導加算													手帳に記載した場合			
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)													薬剤情報提供料1 (処方せん受付1回につき、月4回)	15	×1回	15
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供料(共 通:処方せん受付1回につき)																
小計	小計			226	小計			231	小計			234	小計			252
合計	合計			302	合計			310	合計			315	合計			333

※1 昭和49年～平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年～平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると思われる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外している。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇7日処方(計算表)

平成14年4月					平成16年4月				平成18年4月				平成18年10月			
名称のまとめ(経年変化)	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
薬剤情報提供料(月1回)		10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10
手帳記載加算(月1回)																
調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		9	×1回	9		9	×1回	9		9	×1回	9		9	×1回	9
処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)																
処方料2(1回の処方につき)		42	×1回	42		42	×1回	42		42	×1回	42		42	×1回	42
薬剤情報提供加算(月1回)		—				—				—				—		
合計	合計			61	合計			61	合計			61	合計			61

平成14年4月					平成16年4月				平成18年4月				平成18年10月				
名称のまとめ(経年変化)	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	
処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	6種類以下の内服薬、後発品含む																
処方せん料(交付1回につき)																	
処方せん料2(交付1回につき)																	
処方せん料2イ(交付1回につき)	処方せん料2イ(交付1回につき)	71	×1回	71		71	×1回	71		70	×1回	70		70	×1回	70	
一般名処方加算(交付1回につき)																	
小計	小計			71	小計			71	小計			70	小計			70	
調剤基本料(処方せん受付1回につき)		—				—				42	×1回	42		42	×1回	42	
調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)		49	×1回	49	調剤基本料1・注2 (処方せん受付1回につき)	49	×1回	49		—				—			
基準調剤加算(処方せん受付1回につき)	500品目以上の医薬品を備蓄等	—				—				—				—			
基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)	基準調剤加算1 (処方せん受付1回につき)	10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10	
後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																	
後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)	後発医薬品を調剤した場合 ※一般名処方、後発医薬品いずれの処方の場合でも算定可																
内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)		—				—				—				—			
7日目以下(1日分につき)		5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105	
後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)	後発医薬品調剤加算 (内服薬1剤につき)	2	×2剤	4		2	×2剤	4		2	×2剤	4		2	×2剤	4	
投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—											
薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料/ 薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通: 処方せん受付1回につき)		17	×1回	17		17	×1回	17	薬剤服用歴管理料(処方せん 受付1回につき)	22	×1回	22		22	×1回	22	
投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—											
薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—			一般名処方の薬剤又は先発医薬品 を後発医薬品調剤した場合 ※処方せん指示に基づいて後発医薬 品を調剤した場合は算定不可	—				—			
特別指導加算 (処方せん受付1回につき)		—				—											
特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)	特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)	30	×1回	30		28	×1回	28									
服薬指導加算	一般名処方の薬剤を後発医薬品調剤した 場合 ※処方せん指示に基づいて後発医薬品 を調剤した場合は算定不可									服薬指導加算 (処方せん受付1回につき)	22	×1回	22		22	×1回	22
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)		15	×1回	15		17	×1回	17		薬剤情報提供料(処方せん受 付1回につき、月4回)	15	×1回	15		15	×1回	15
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供料(共 通:処方せん受付1回につき)	医薬品品質情報提供料 (処方せん受付1回につき)	10	×1回	10		10	×1回	10		後発医薬品情報提供料(処方 せん受付1回につき)	10	×1回	10		10	×1回	10
小計	小計			240	小計			240	小計			230	小計			230	
合計	合計			311	合計			311	合計			300	合計			300	

※1 昭和49年～平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年～平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外している。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇7日処方(計算表)

		平成20年4月				平成22年4月				平成24年4月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
院内 処方	薬剤情報提供料(月1回)		10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10
	手帳記載加算(月1回)					手帳記載加算(月1回)	3	×1回	3		3	×1回	3
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		9	×1回	9		9	×1回	9		9	×1回	9
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)					手帳に処方薬の名称 等を記載							
	処方料2(1回の処方につき)		42	×1回	42		42	×1回	42		42	×1回	42
	薬剤情報提供加算(月1回)		—				—					—	
合計	合計				61	合計			64	合計			64
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
診療 所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	6種類以下の内服薬											
	処方せん料(交付1回につき)												
	処方せん料2(交付1回につき)	処方せん料2(交付1回につき)	68	×1回	68		68	×1回	68		68	×1回	68
	処方せん料2イ(交付1回につき)												
一般名処方加算(交付1回につき)									一般名処方加算(交付1回につき)	2	×1回	2	
小計	小計				68	小計			68	小計			70
院外 処方 薬局	調剤基本料(処方せん受付1回につき)		40	×1回	40		40	×1回	40		40	×1回	40
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)		—				—				—		
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)		—				—			700品目以上の医薬品 を備蓄等	—		
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)	後発医薬品使用割合(処方 せんベース)が30%以上	10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)	4	×1回	4	後発医薬品使用割合(数量 ベース)が30%以上	—			後発医薬品使用割合(数量 ベース)が35%以上	—		
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)					後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)	17	×1回	17		19	×1回	19
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)		—				—				—		
	7日目以下(1日分につき)		5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)		2	×2剤	4		2	×2剤	4		—		
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)	服薬指導加算を統合	—				—				—		
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料/ 薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通: 処方せん受付1回につき)	薬剤服用歴管理指導料 (処方せん受付1回につき)	30	×1回	30		30	×1回	30		41	×1回	41
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—				—		
	薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—				—		
	特別指導加算 (処方せん受付1回につき)		—				—				—		
	特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)		—				—				—		
	服薬指導加算		—				—				—		
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)		15	×1回	15		15	×1回	15		—			
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供料(共 通:処方せん受付1回につき)		10	×1回	10		10	×1回	10		—			
小計	小計				218	小計			231	小計			215
合計	合計				286	合計			299	合計			285

※1 昭和49年～平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年～平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

◇30日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		昭和49年3月 (薬局は2月)	昭和49年11月 (薬局は10月)	昭和51年4月	昭和53年2月	昭和56年6月
院内処方	診療所(合計)	12	12	12	12	12
院外処方	診療所(小計)	18	58	58	58	63
	薬局(小計)	370	416	454	476	482
	合計	388	474	512	534	545
院内・院外点数差(院外－院内)		376	462	500	522	533

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		昭和49年3月 (薬局は2月)		昭和49年11月 (薬局は10月)		昭和51年4月		昭和53年2月		昭和56年6月	
		被用者保険 (初診定額200円)	国保 (3割)	被用者保険 (初診定額200円)	国保 (3割)	被用者保険 (初診定額200円)	国保 (3割)	被用者保険 (初診定額600円)	国保 (3割)	被用者保険 (初診定額800円)	国保 (3割)
院内処方	診療所(合計)	200	40	200	40	200	40	600	40	800	40
院外処方	診療所(小計)	200	50	200	170	200	170	600	170	800	190
	薬局(小計)	0	1,110	0	1,250	0	1,360	0	1,430	0	1,450
	合計	200	1,160	200	1,420	200	1,530	600	1,600	800	1,640
自己負担差額		0	1,120	0	1,380	0	1,490	0	1,560	0	1,600

《条件設定等》

※技術料について、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出(薬剤料は除外)。詳細な条件については別添資料【算定条件】を参照のこと。

※特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外している。

※対象期間は分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までとした。

※昭和49年～平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)。

※昭和49年～平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算。

※昭和49年～58年の被用者保険の定額負担には薬剤費を含む。

※平成9年～14年の自己負担額は定率部分の負担額のみを記載。

◇30日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		昭和58年2月	昭和59年3月	昭和60年3月	昭和61年4月	昭和63年4月	平成元年4月
院内処方	診療所(合計)	12	12	16	16	18	18
院外処方	診療所(小計)	63	63	62	62	64	64
	薬局(小計)	492	499	499	497	422	422
	合計	555	562	561	559	486	486
院内・院外点数差(院外－院内)		543	550	545	543	468	468

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		昭和58年2月		昭和59年3月		昭和60年3月		昭和61年4月		昭和63年4月		平成元年4月	
		被用者保険 (初診定額800円)	国保 (3割)	被用者保険 (1割)	国保 (3割)								
院内処方	診療所(合計)	800	40	10	40	20	50	20	50	20	50	20	50
院外処方	診療所(小計)	800	190	60	190	60	190	60	190	60	190	60	190
	薬局(小計)	0	1,480	500	1,500	500	1,500	500	1,490	420	1,270	420	1,270
	合計	800	1,670	560	1,690	560	1,690	560	1,680	480	1,460	480	1,460
自己負担差額		0	1,630	550	1,650	540	1,640	540	1,630	460	1,410	460	1,410

◇30日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		平成2年4月	平成4年4月	平成5年4月	平成6年4月	平成6年10月	平成8年4月
院内処方	診療所(合計)	28	28	28	31	31	36
院外処方	診療所(小計)	74	74	74	76	76	76
	薬局(小計)	431	367	367	380	380	340
	合計	505	441	441	456	456	416
院内・院外点数差(院外－院内)		477	413	413	425	425	380

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		平成2年4月		平成4年4月		平成5年4月		平成6年4月		平成6年10月		平成8年4月	
		被用者保険 (1割)	国保 (3割)										
院内処方	診療所(合計)	30	80	30	80	30	80	30	90	30	90	40	110
院外処方	診療所(小計)	70	220	70	220	70	220	80	230	80	230	80	230
	薬局(小計)	430	1,290	370	1,100	370	1,100	380	1,140	380	1,140	340	1,020
	合計	500	1,510	440	1,320	440	1,320	460	1,370	460	1,370	420	1,250
自己負担差額		470	1,430	410	1,240	410	1,240	430	1,280	430	1,280	380	1,140

◇30日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		平成9年4月	平成10年4月	平成12年4月	平成14年4月	平成16年4月	平成18年4月	平成18年10月
院内処方	診療所(合計)	44	51	61	61	61	61	61
院外処方	診療所(小計)	79	81	81	71	71	70	70
	薬局(小計)	345	348	366	375	375	356	356
	合計	424	429	447	446	446	426	426
院内・院外点数差(院外－院内)		380	378	386	385	385	365	365

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		平成9年4月		平成10年4月		平成12年4月		平成14年4月		平成16年4月	平成18年4月	平成18年10月
		被用者保険 (2割)	国保 (3割)	被用者保険 (2割)	国保 (3割)	被用者保険 (2割)	国保 (3割)	被用者保険 (2割)	国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)
院内処方	診療所(合計)	90	130	100	150	120	180	120	180	180	180	180
院外処方	診療所(小計)	160	240	160	240	160	240	140	210	210	210	210
	薬局(小計)	690	1,040	700	1,040	730	1,100	750	1,130	1,130	1,070	1,070
	合計	850	1,280	860	1,280	890	1,340	890	1,340	1,340	1,280	1,280
自己負担差額		760	1,150	760	1,130	770	1,160	770	1,160	1,160	1,100	1,100

◇30日処方
(点数・負担額)

単位: 点数

		平成20年4月	平成22年4月	平成24年4月
院内処方	診療所(合計)	61	64	64
院外処方	診療所(小計)	68	68	70
	薬局(小計)	344	369	353
	合計	412	437	423
院内・院外点数差(院外－院内)		351	373	359

患者自己負担(一般本人)

単位: 円

		平成20年4月	平成22年4月	平成24年4月
		被用者保険・国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)	被用者保険・国保 (3割)
院内処方	診療所(合計)	180	190	190
院外処方	診療所(小計)	200	200	210
	薬局(小計)	1,030	1,110	1,060
	合計	1,230	1,310	1,270
自己負担差額		1,050	1,120	1,080

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外した。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇30日処方(計算表)

		昭和49年3月(薬局は2月)				昭和49年11月(薬局は10月)				昭和51年4月				昭和53年2月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
院内処方	薬剤情報提供料(月1回)																
	手帳記載加算(月1回)																
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)	調剤料1イ 内浸 (1回の処方に係る調剤につき)	4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	処方料1イ 内浸(1回の処方につき)	8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8
	処方料2(1回の処方につき)																
	薬剤情報提供加算(月1回)																
合計	合計				12	合計			12	合計			12	合計			12

		昭和49年3月(薬局は2月)				昭和49年11月(薬局は10月)				昭和51年4月				昭和53年2月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
診療所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	処方料1イ 内浸(1回の処方につき)	8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8
	処方せん料(交付1回につき)	処方せん料(交付1回につき)	10	×1回	10		50	×1回	50		50	×1回	50		50	×1回	50
	処方せん料2(交付1回につき)																
	処方せん料2イ(交付1回につき)																
	一般名処方加算(交付1回につき)																
小計	小計				18	小計			58	小計			58	小計			58
院外処方 薬局	調剤基本料(処方せん受付1回につき)	調剤基本料(処方せん受付1回につき)	10	×1回	10		20	×1回	20		22	×1回	22		26	×1回	26
	調剤基本料(I)a/調剤基本料・注2 (共通:処方せん受付1回につき)																
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)																
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)																
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)	内服薬(1剤1日分につき)	4	×3剤×30日	360		4.4	×3剤×30日	396		4.8	×3剤×30日	432		5	×3剤×30日	450
	7日目以下(1日分につき)																
	8~14日目以下(1日分につき)																
	15日目以上																
	22~30日分																
	22~90日分																
	22日分以上																
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)																
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料 /薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共 通:処方せん受付1回につき)																
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																
	薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																
	特別指導加算 (処方せん受付1回につき)																
	特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																
服薬指導加算																	
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)																	
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供 料(共通:処方せん受付1回につき)																	
小計	小計				370	小計			416	小計			454	小計			476
合計	合計				388	合計			474	合計			512	合計			534

※1 昭和49年~平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年~平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外した。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇30日処方(計算表)

		昭和56年6月				昭和58年2月				昭和59年3月				昭和60年3月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数
院内処方	薬剤情報提供料(月1回)																
	手帳記載加算(月1回)																
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8	処方料(1回の処方につき)	12	×1回	12
	処方料2(1回の処方につき)																
	薬剤情報提供加算(月1回)																
	合計	合計			12	合計			12	合計			12	合計			16

		昭和56年6月				昭和58年2月				昭和59年3月				昭和60年3月				
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	
診療所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		8	×1回	8		8	×1回	8		8	×1回	8	処方料(1回の処方につき)	12			
	処方せん料(交付1回につき)		55	×1回	55		55	×1回	55		55	×1回	55	処方せん料(交付1回につき)	62	×1回	62	
	処方せん料2(交付1回につき)																	
	処方せん料2イ(交付1回につき)																	
	一般名処方加算(交付1回につき)																	
小計	小計			63	小計			63	小計			63	小計			62		
院外処方 薬局	調剤基本料(処方せん受付1回につき)		32	×1回	32		32	×1回	32		33	×1回	33		33	×1回	33	
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)																	
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)																	
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)																	
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																	
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																	
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)		5	×3剤×30日	450		5	×3剤×30日	450		5	×3剤×30日	450		5	×3剤×30日	450	
	7日目以下(1日分につき)																	
	8~14日目以下(1日分につき)																	
	15日目以上																	
	22~30日分																	
	22~90日分																	
	22日分以上																	
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																	
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)						投薬特別指導料(処方せん受付1回につき、月1回)	10	×1回	10		16	×1回	16		16	×1回	16
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料 /薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通:処方せん受付1回につき)																	
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																	
薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																		
特別指導加算 (処方せん受付1回につき)																		
特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																		
服薬指導加算																		
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)																		
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき)																		
小計	小計			482	小計			492	小計			499	小計			499		
合計	合計			545	合計			555	合計			562	合計			561		

※1 昭和49年~平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年~平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外した。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇30日処方(計算表)

		昭和61年4月				昭和63年4月				平成元年4月				平成2年4月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数
院内 処方	薬剤情報提供料(月1回)																
	手帳記載加算(月1回)																
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4		4	×1回	4
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		12	×1回	12		14	×1回	14		14	×1回	14		24	×1回	24
	処方料2(1回の処方につき)																
	薬剤情報提供加算(月1回)																
合計	合計				16	合計			18	合計			18	合計			28

		名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	名称	単位点数	計算式	算定点数	
診療 所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		12				14				14				24			
	処方せん料(交付1回につき)		62	×1回	62		64	×1回	64		64	×1回	64		74	×1回	74	
	処方せん料2(交付1回につき)																	
	処方せん料2イ(交付1回につき)																	
	一般名処方加算(交付1回につき)																	
小計	小計				62	小計			64	小計			64	小計			74	
院外 処方 薬局	調剤基本料(処方せん受付1回につき)		31	×1回	31		31	×1回	31		31	×1回	31		31	×1回	31	
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)																	
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)													基準調剤加算 (処方せん受付1回につき)	9	×1回	9	
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)																	
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																	
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																	
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)		5	×3剤×30日	450		—					—						
	7日目以下(1日分につき)						7日目以下	6	×3剤×7日	126		6	×3剤×7日	126		6	×3剤×7日	126
	8~14日目以下(1日分につき)						8~14日目以下	5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105		5	×3剤×7日	105
	15日目以上						15日目以上	3	×3剤×16日	144		3	×3剤×16日	144		3	×3剤×16日	144
	22~30日分																	
	22~90日分																	
	22日分以上																	
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																	
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)		16	×1回	16		16	×1回	16		16	×1回	16		16	×1回	16	
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料 /薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共 通:処方せん受付1回につき)	薬剤服用歴管理指導料 (2回目以降、処方せん受付1回に つき)		5				8				8				11		
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																	
薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																		
特別指導加算 (処方せん受付1回につき)																		
特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																		
服薬指導加算																		
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)																		
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供 料(共通:処方せん受付1回につき)																		
小計	小計				497	小計			422	小計			422	小計			431	
合計	合計				559	合計			486	合計			486	合計			505	

※1 昭和49年~平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年~平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外した。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇30日処方(計算表)

		平成4年4月				平成5年4月				平成6年4月				平成6年10月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
院内処方	薬剤情報提供料(月1回)																
	手帳記載加算(月1回)																
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		4	×1回	4		4	×1回	4	調剤料1イ 内浸屯 (1回の処方に係る調剤につき)	5	×1回	5		5	×1回	5
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		24	×1回	24		24	×1回	24		26	×1回	26		26	×1回	26
	処方料2(1回の処方につき)																
	薬剤情報提供加算(月1回)																
合計		合計			28	合計			28	合計			31	合計			31

		平成4年4月				平成5年4月				平成6年4月				平成6年10月				
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	
診療所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)		24				24				26				26			
	処方せん料(交付1回につき)		74	×1回	74		74	×1回	74	9種類以下の内服薬投薬								
	処方せん料2(交付1回につき)									処方せん料2(交付1回につき)	76	×1回	76		76	×1回	76	
	処方せん料2イ(交付1回につき)																	
	一般名処方加算(交付1回につき)																	
小計		小計			74	小計			74	小計			76	小計			76	
院外処方	調剤基本料(処方せん受付1回につき)		35	×1回	35		35	×1回	35		40	×1回	40		40	×1回	40	
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)																	
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)		12	×1回	12		12	×1回	12		14	×1回	14		14	×1回	14	
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)																	
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																	
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																	
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)	内服薬(1剤につき)		—				—				—				—		
	7日目以下(1日分につき)		6				6				6				6			
	8~14日目以下(1日分につき)		5				5				5				5			
	15日目以上		—				—				—				—			
	22~30日分	22~30日分	100	×3剤	300		100	×3剤	300		100	×3剤	300		100	×3剤	300	
	22~90日分																	
	22日分以上																	
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																	
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)	第1回目の処方せん受付時 も算定可能に		—				—				—				—		
薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料 /薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共通: 処方せん受付1回につき)	投薬特別指導料を移行・再編成		15	×1回	15		15	×1回	15		21	×1回	21		21	×1回	21	
投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)		5	×1回	5		5	×1回	5		5	×1回	5		5	×1回	5	
薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)																		
特別指導加算 (処方せん受付1回につき)																		
特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																		
服薬指導加算																		
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)																		
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき)																		
小計		小計			367	小計			367	小計			380	小計			380	
合計		合計			441	合計			441	合計			456	合計			456	

※1 昭和49年~平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年~平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外した。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇30日処方(計算表)

		平成8年4月				平成9年4月				平成10年4月				平成12年4月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
院内 処方	薬剤情報提供料(月1回)					薬剤情報提供料(月1回)	7	×1回	7		7	×1回	7		10	×1回	10
	手帳記載加算(月1回)																
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		5	×1回	5	薬剤情報提供加算が 独立	5	×1回	5		7	×1回	7		9	×1回	9
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	薬剤情報を文書提供	26	×1回	26	7種類以下の内服薬投薬								6種類以下の内服薬投薬			
	処方料2(1回の処方につき)					処方料2(1回の処方につき)	32	×1回	32		37	×1回	37	処方料2(1回の処方につき)	42	×1回	42
	薬剤情報提供加算(月1回)	薬剤情報提供加算(月1回)	5	×1回	5		—		—		—		—		—		—
合計	合計				36	合計			44	合計			51	合計			61

		平成8年4月				平成9年4月				平成10年4月				平成12年4月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
診療 所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	7種類以下の内服薬投薬	26											6種類以下の内服薬			
	処方せん料(交付1回につき)																
	処方せん料2(交付1回につき)	処方せん料2(交付1回につき)	76	×1回	76		79	×1回	79		81	×1回	81	処方せん料2(交付1回につき)	81	×1回	81
	処方せん料2イ(交付1回につき)																
	一般名処方加算(交付1回につき)																
小計	小計				76	小計			79	小計			81	小計			81
院外 処方 薬局	調剤基本料(処方せん受付1回につき)		—				—				—				—		
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)	調剤基本料(I)a (処方せん受付1回につき)	45	×1回	45		46	×1回	46		49	×1回	49		49	×1回	49
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)		20	×1回	20		20	×1回	20		20	×1回	20		20	×1回	20
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)	1月受付4000回以下、 特定医療機関70%以下															
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)		—				—				—				—		
	7日目以下(1日分につき)		6				6				6				6		
	8~14日目以下(1日分につき)		4				4				4				4		
	15日目以上		—				—				—				—		
	22~30日分		80	×3剤	240		—				—				—		
	22~90日分					22~90日分	80	×3剤	240		80	×3剤	240		80	×3剤	240
	22日分以上																
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)																
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—				—				—		
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料 /薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共 通:処方せん受付1回につき)		30	×1回	30		32	×1回	32		32	×1回	32	薬剤服用歴管理・指導料 (処方せん受付1回につき)	22	×1回	22
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)	薬剤情報を文書提供	—				—				—				—		
薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)	薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)	5	×1回	5		7	×1回	7		7	×1回	7	服薬状況等を業歴に記録し、 必要な指導を行った場合	—			
特別指導加算 (処方せん受付1回につき)													特別指導加算 (処方せん受付1回につき)	20	×1回	20	
特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)																	
服薬指導加算													手帳に記載した場合				
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)													薬剤情報提供料1 (処方せん受付1回につき、月4回)	15	×1回	15	
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供 料(共通:処方せん受付1回につき)																	
小計	小計				340	小計			345	小計			348	小計			366
合計	合計				416	合計			424	合計			429	合計			447

※1 昭和49年~平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年~平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外した。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇30日処方(計算表)

		平成14年4月				平成16年4月				平成18年4月				平成18年10月			
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
院内処方	薬剤情報提供料(月1回)		10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10
	手帳記載加算(月1回)																
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		9	×1回	9		9	×1回	9		9	×1回	9		9	×1回	9
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)																
	処方料2(1回の処方につき)		42	×1回	42		42	×1回	42		42	×1回	42		42	×1回	42
	薬剤情報提供加算(月1回)		—				—					—				—	
合計		合計			61	合計			61	合計			61	合計			61

		平成14年4月				平成16年4月				平成18年4月				平成18年10月				
名称のまとめ(経年変化)		名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	
診療所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)																	
	処方せん料(交付1回につき)	6種類以下の内服薬、後発品含む																
	処方せん料2(交付1回につき)																	
	処方せん料2イ(交付1回につき)	処方せん料2イ(交付1回につき)	71	×1回	71		71	×1回	71		70	×1回	70		70	×1回	70	
	一般名処方加算(交付1回につき)																	
小計	小計				71	小計			71	小計			70	小計			70	
薬局 院外処方	調剤基本料(処方せん受付1回につき)		—				—				42	×1回	42		42	×1回	42	
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)		49	×1回	49	調剤基本料1・注2 (処方せん受付1回につき)	49	×1回	49		—				—			
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)	500品目以上の医薬品を備蓄等	—				—				—				—			
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)	基準調剤加算1 (処方せん受付1回につき)	10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10	
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)																	
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)																	
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)		—				—				—				—			
	7日目以下(1日分につき)		5				5				5				5			
	8~14日目以下(1日分につき)		4				4				4				4			
	15日目以上		—				—				—				—			
	22~30日分	後発医薬品を調剤した場合 ※一般名処方、後発医薬品い ずれの処方の場合でも算定可	80	×3剤	240		80	×3剤	240		—				—			
	22~90日分		—				—				—				—			
	22日分以上										77	×3剤	231		77	×3剤	231	
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)	後発医薬品調剤加算 (内服薬1剤につき)	2	×2剤	4		2	×2剤	4		2	×2剤	4		2	×2剤	4	
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—								—			
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料 /薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共 通:処方せん受付1回につき)		17	×1回	17		17	×1回	17		薬剤服用歴管理料(処方せん 受付1回につき)	22	×1回	22		22	×1回	22
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—								—			
薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—								—				
特別指導加算 (処方せん受付1回につき)		—				—								—				
特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)	特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)	30	×1回	30		28	×1回	28						—				
服薬指導加算	一般名処方の薬剤を後発医薬品調 剤した場合 ※処方せん指示に基づいて後発医 薬品を調剤した場合は算定不可									服薬指導加算 (処方せん受付1回につき)	22	×1回	22		22	×1回	22	
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)		15	×1回	15		17	×1回	17		薬剤情報提供料(処方せん受 付1回につき、月4回)	15	×1回	15		15	×1回	15	
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供 料(共通:処方せん受付1回につき)	医薬品品質情報提供料 (処方せん受付1回につき)	10	×1回	10		10	×1回	10		後発医薬品情報提供料(処方 せん受付1回につき)	10	×1回	10		10	×1回	10	
小計	小計				375	小計			375	小計			356	小計			356	
合計	合計				446	合計			446	合計			426	合計			426	

※1 昭和49年~平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年~平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点

短期急性期疾患と慢性疾患に対し投薬を行った場合に、一般に算定すると考えられる点数(投薬に関する点数のみ)を抽出。
 なお、特定疾患処方管理加算など算定可能な疾患が限定されている点数は除外した。
 点数は、分業元年と呼ばれる昭和49年度から平成24年度改定時までを抽出し、院内処方と院外処方別に整理している。

◇30日処方(計算表)

		平成20年4月			平成22年4月			平成24年4月					
	名称のまとめ(経年変化)	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
院内処方	薬剤情報提供料(月1回)		10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10
	手帳記載加算(月1回)					手帳記載加算(月1回)	3	×1回	3		3	×1回	3
	調剤料1イ 内浸/調剤料1イ 内浸屯 (共通:1回の処方に係る調剤につき)		9	×1回	9		9	×1回	9		9	×1回	9
	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)					手帳に処方薬の名称等を記載							
	処方料2(1回の処方につき)		42	×1回	42		42	×1回	42		42	×1回	42
	薬剤情報提供加算(月1回)		—				—					—	
	合計	合計			61	合計			64	合計			64

		平成20年4月			平成22年4月			平成24年4月					
	名称のまとめ(経年変化)	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数	名称	単位数	計算式	算定点数
診療所	処方料1イ 内浸/処方料 (共通:1回の処方につき)	6種類以下の内服薬											
	処方せん料(交付1回につき)												
	処方せん料2(交付1回につき)	処方せん料2(交付1回につき)	68	×1回	68		68	×1回	68		68	×1回	68
	処方せん料2イ(交付1回につき)												
	一般名処方加算(交付1回につき)									一般名処方加算(交付1回につき)	2	×1回	2
	小計	小計			68	小計			68	小計			70
院外処方	調剤基本料(処方せん受付1回につき)		40	×1回	40		40	×1回	40		40	×1回	40
	調剤基本料(I)a/調剤基本料1・注2 (共通:処方せん受付1回につき)		—				—				—		
	基準調剤加算(処方せん受付1回につき)		—				—			700品目以上の医薬品を 備蓄等	—		
	基準調剤加算1(処方せん受付1回につき)	後発医薬品使用割合(処方 せんベース)が30%以上	10	×1回	10		10	×1回	10		10	×1回	10
	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)	後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)	4	×1回	4	後発医薬品使用割合(数量 ベース)が30%以上	—				—		
	後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)					後発医薬品調剤体制加算3 (処方せん受付1回につき)	17	×1回	17	後発医薬品使用割合(数量 ベース)が35%以上	19	×1回	19
	内服薬(1剤1日分につき)/内服薬(1剤につき)		—				—				—		
	7日目以下(1日分につき)		5				5				5		
	8~14日目以下(1日分につき)		4				4				4		
	15日目以上		—				—				—		
	22~30日分		—				81	×3剤	243		81	×3剤	243
	22~90日分		—				—				—		
	22日分以上		77	×3剤	231		—				—		
	後発医薬品調剤加算(内服薬1剤につき)		2	×2剤	4		2	×2剤	4		—		
	投薬特別指導料 (処方せん受付1回につき、月1回)	服薬指導加算を統合	—				—				—		
	薬剤服用歴管理指導料/薬剤服用歴管理・指導料 /薬剤服用歴管理料/薬剤服用歴管理指導料(共 通:処方せん受付1回につき)	薬剤服用歴管理指導料 (処方せん受付1回につき)	30	×1回	30		30	×1回	30		41	×1回	41
	投薬特別指導加算 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—				—		
	薬剤情報提供加算 (処方せん受付1回につき、月1回)		—				—				—		
	特別指導加算 (処方せん受付1回につき)		—				—				—		
	特別指導加算イ 月1回目 (処方せん受付1回につき)		—				—				—		
服薬指導加算		—				—				—			
薬剤情報提供料1/薬剤情報提供料 (共通:処方せん受付1回につき、月4回)		15	×1回	15		15	×1回	15		—			
医薬品品質情報提供料/後発医薬品情報提供 料(共通:処方せん受付1回につき)		10	×1回	10		10	×1回	10		—			
	小計	小計			344	小計			369	小計			353
	合計	合計			412	合計			437	合計			423

※1 昭和49年~平成4年までの医科点数表は乙表を使用(診療所を想定)
 ※2 昭和49年~平成元年までの薬局(調剤)は、円単位を点数単位に換算
 ※3 各年内の名称欄は、点数の新設や名称見直し、算定要件の変更があった場合のみ名称を掲載
 ※4 表示コメントは、要件や変更点