

日医総研ワーキングペーパー

医療費の伸びと診療報酬の関係についての
考察—再診料と調剤技術料を中心に—

No. 305

2013年11月26日

日本医師会総合政策研究機構

前田 由美子

医療費の伸びと診療報酬の関係についての考察

―再診料と調剤基本料を中心に―

日本医師会総合政策研究機構

前田 由美子

公益社団法人 日本医師会 医療保険課・総合医療政策課

キーワード

- ◆ 調剤医療費
- ◆ 調剤報酬
- ◆ 調剤技術料
- ◆ 調剤基本料
- ◆ 調剤料
- ◆ 薬学管理料
- ◆ 後発医薬品調剤体制加算
- ◆ 基準調剤加算
- ◆ 薬剤服用歴管理指導料
- ◆ 再診料
- ◆ 外来管理加算
- ◆ 時間外対応加算
- ◆ 一般名処方加算

ポイント

- ◆ 薬局では2008年度に調剤基本料が引き下げられたが後発医薬品調剤体制加算が創設され、多くの薬局がこれを算定することができた。また2012年度に薬剤服用歴指導管理料の要件がきびしくなったが、ほとんどのところでクリアできた。このように調剤基本料の引き下げをカバーして創設された調剤報酬、さらにその後改定された調剤報酬は多くの薬局で算定できるものであった。一方、診療所では2010年度に再診料が引き下げられたが、そのときに創設された地域医療貢献加算は算定できたところのほうが少ない。2012年度には一般名処方加算が創設されたが、これは院外処方だけが対象である。
- ◆ 薬局の後発医薬品調剤体制加算は後発医薬品の調剤割合に対する加算、基準調剤体制加算は備蓄品目数等に対する加算であり、数量（Quantity）に対する評価である。そして、より数量が大きい場合を高く評価する改定が行われてきた。多くの薬局がその改定に対応しているが、大規模チェーン薬局等で比較的容易にクリアできている可能性もある。

- ◆ 診療所では、再診料が引き下げられた 2010 年度に創設された地域医療貢献加算は、休日・夜間に患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を求めており、質（Quality）への評価であった。2012 年度に地域医療貢献加算から名称が変更され要件も見直された時間外対応加算では、すべて自院で「24 時間対応」する必要がない点数も設定されたが、診療負担増は小さくなかった。
- ◆ 薬局の後発医薬品調剤体制加算は推計 600 億円近くである。財務省は 2007 年に後発医薬品のある先発医薬品がすべて後発医薬品に振り替えられた場合の効果は約 1.3 兆円という試算を示している。最近では 2013 年に厚生労働省が後発医薬品の使用促進による医療費削減効果目標を約 1.0 兆円と置いている。このために調剤報酬上で 600 億円の評価をすることが適正なのかどうかという議論も必要である。
- ◆ 院外処方、院内処方、院外処方、院外処方のあり方も引き続き検討すべき重要課題のひとつであろう。

目 次

1.	はじめに	1
2.	調剤技術料について	2
2.1.	医療費の動向.....	2
2.2.	調剤報酬.....	4
2.3.	調剤基本料とその加算.....	6
2.3.1.	全体像	6
2.3.2.	後発医薬品調剤体制加算	7
2.3.3.	基準調剤加算	10
2.4.	調剤料（内服薬の例）	12
2.5.	薬学管理料.....	14
2.6.	まとめ.....	17
3.	診療所の再診料など	18
3.1.	再診料および加算の大きな動き.....	18
3.2.	外来管理加算.....	20
3.3.	地域医療貢献加算と時間外対応加算.....	22
3.4.	一般名処方加算.....	25
4.	診療報酬改定とその影響等について	27

1. はじめに

医療費のうち調剤医療費の伸びが著しい。薬剤料はもちろん、調剤医療費から薬剤料を除いた調剤技術料も調剤報酬改定率以上に伸びている。院外処方が拡大しつつあり、薬局で受け付ける処方せんが増えていることも要因のひとつだが、それだけではない。調剤技術料はどのように伸びているのだろうか。

本稿では、厚生労働省「社会医療診療行為別調査」「概算医療費データベース」等を活用して、診療所の基本診療料のひとつである再診料と比較しつつ分析を行った。「社会医療診療行為別調査」は毎年 6 月審査分の診療（調剤）報酬明細書を対象とした抽出調査である（全数ではない）¹。年によってばらつきがあるので、経年比較に用いることは必ずしも適切ではないことを断っておく。

¹ 医科病院および調剤は、レセプト情報・特定健診等データベース（NDB, National Data Base）に蓄積されているすべての診療報酬明細書及び調剤報酬明細書が対象。

2. 調剤技術料について

2.1. 医療費の動向

2012年度の調剤基本料、調剤料、薬学管理料（以下あわせて「調剤技術料」という²⁾）は1兆7,020億円であり、調剤基本料4,738億円（27.8%）、調剤料7,915億円（46.5%）、調剤基本料・調剤料加算料1,215億円（7.1%）、薬学管理料3,152億円（18.5%）である（図2.1.1）。

2009年度を100としたとき、2012年度の調剤技術料は117.1であり、最近の診療報酬改定で病院勤務医の負担の軽減等のため入院に手厚い配分がなされた医科入院の伸びを上回る。院外処方が拡大しつつあることもひとつの要因であるが、処方せん1枚当たり調剤技術料で見ても、医科入院外を上回って伸びている（図2.1.2）。

表 2.1.1 最近の診療報酬改定率

		(年度)			
		2006	2008	2010	2012
	入院	区分なし	区分なし	+3.03%	区分なし
	入院外			+0.31%	
	医科	▲1.50%	+0.42%	+1.74%	+1.55%
	歯科	▲1.50%	+0.42%	+2.09%	+1.70%
	調剤	▲0.60%	+0.17%	+0.52%	+0.46%
	本体	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.379%
	薬価・材料	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%	▲1.375%
	全体	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+0.004%

²⁾ 厳密に「調剤技術料」というときには、調剤基本料と調剤料。

図 2.1.1 調剤技術料（総額）の推移

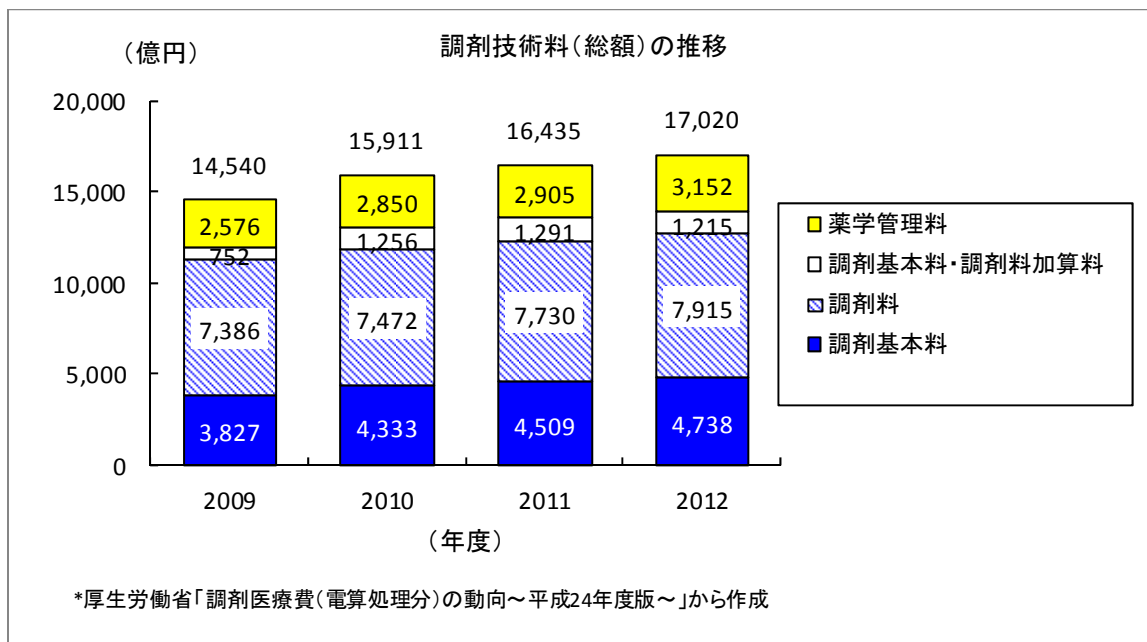
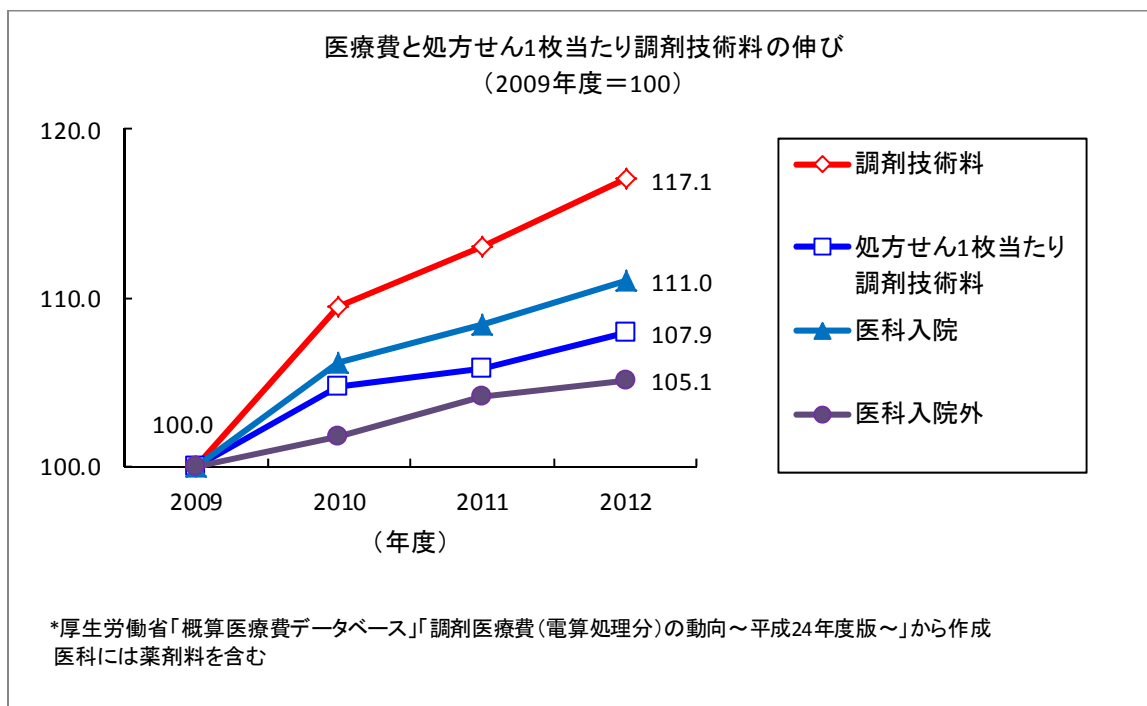


図 2.1.2 医療費と処方せん1枚当たり調剤技術料の伸び



2.2. 調剤報酬

調剤報酬は薬剤料、特定保険医療材料を除き、調剤基本料、調剤料、薬学管理料およびそれぞれの加算で構成されている（表 2.2.1）。

表 2.2.1 主な調剤報酬項目と金額構成比（2012年）

大分類	細分類	金額構成比 (%)
調剤基本料	調剤基本料	18.5
	基準調剤加算	4.8
	後発医薬品調剤体制加算	3.6
	時間外・休日・深夜加算	0.1
	その他	0.0
	計	27.0
調剤料	内服薬調剤料	42.5
	内服薬一包化加算	3.0
	外用薬調剤料	2.7
	向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬加算	0.5
	夜間・休日等加算	0.7
	自家製剤加算	0.4
	計量混合調剤加算	3.0
	その他	1.3
計	54.1	
薬学管理料	薬剤服用歴管理指導料	18.4
	重複投薬・相互作用防止加算	0.0
	特定薬剤管理指導加算	0.2
	乳幼児服薬指導加算	0.2
	在宅患者（緊急）訪問薬剤管理指導料・加算	0.1
	その他	0.0
	計	18.8
合計		100.0

*厚生労働省「平成24年 社会医療診療行為別調査」から作成
2012年6月単月のデータなので、「概算医療費」の構成比とは異なっている。

最近の主な調剤報酬改定を見ると、2008年度には調剤基本料が42点から40点に引き下げられた。2012年度には、薬剤服用歴管理指導料30点、薬剤情報提供料15点、後発医薬品情報提供料10点が、薬剤服用歴管理指導料41点に再編された(図2.2.1)。しかし前述のように調剤技術料は全体としては伸びている。

図 2.2.1 主な調剤報酬の改定内容

主な調剤報酬の改定内容			
2007年度以前	2008年度改定	2010年度改定	2012年度改定
調剤基本料 42点	調剤基本料 40点		
	後発医薬品調剤 体制加算 4点	後発医薬品調剤 体制加算 6点・13点・17点	後発医薬品調剤 体制加算 5点・15点・19点
薬剤服用歴管理料 22点	薬剤服用歴管理指導料 30点		薬剤服用歴管理 指導料 41点※2
服薬指導加算 22点			
薬剤情報提供料(お薬手帳を通じた情報提供) 15点			
後発医薬品情報提供料 10点※1			

※1 2007年度以前は後発医薬品品質情報提供料
 ※2 薬剤服用歴管理指導料:2012年度改定で要件の見直し(概要)
 ・残薬の有無の確認 ・後発医薬品に対する情報提供 ・お薬手帳を通じた情報提供

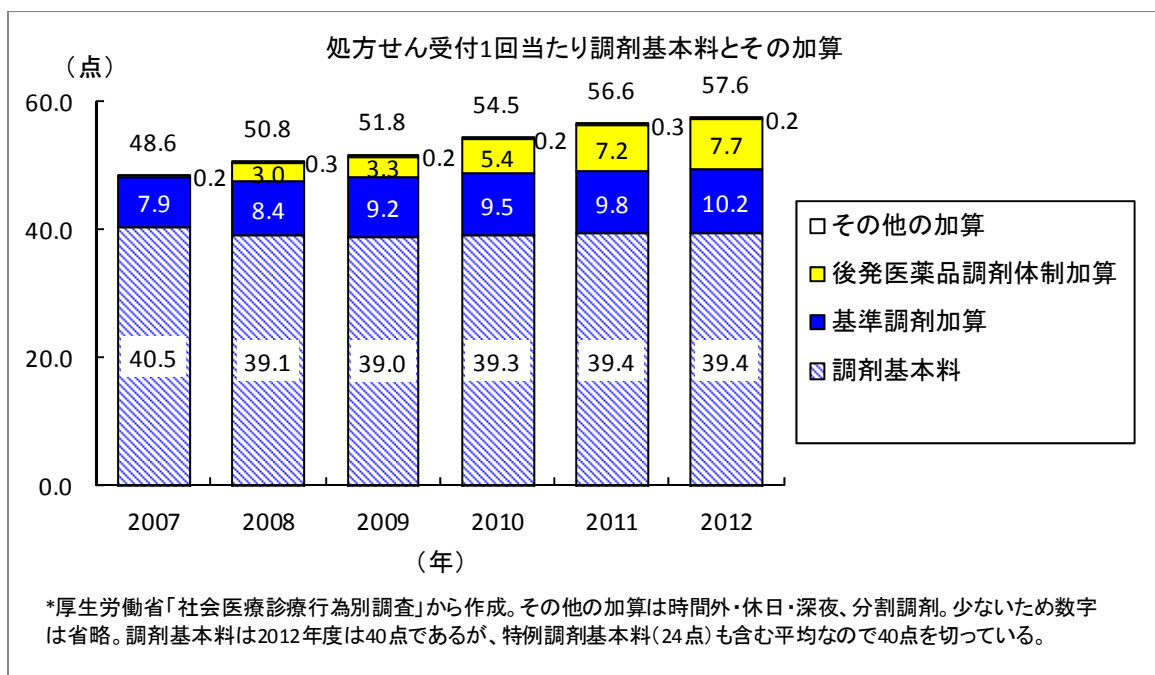
2.3. 調剤基本料とその加算

2.3.1. 全体像

2008年度改定で、調剤基本料は42点から40点に引き下げられた。また処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る）の調剤基本料（以下、特例調剤基本料）は19点から18点に引き下げられた。この結果、処方せん受付1回当たりの調剤基本料は平均で2007年度には40.5点であったが、2008年度には39.1点になった（図2.3.1）。なお、現在は調剤基本料40点、特例調剤基本料24点である。

2008年度改定で調剤基本料が引き下げられたが、多くの薬局はこのとき創設された後発医薬品調剤体制加算を算定することができたので、調剤基本料の引き下げをカバーした。基準調剤加算（一定の備蓄がある場合に算定できる）も伸びた。

図 2.3.1 処方せん受付1回当たり調剤基本料とその加算



2.3.2. 後発医薬品調剤体制加算

後発医薬品調剤体制加算は、後発医薬品の使用を促進するため 2008 年度に創設された。2008 年度改定では、病院、診療所が後発医薬品への「変更不可」欄に署名等をしていない処方せんの場合、薬局が含量違いまたは類似した別剤形の後発医薬品へ変更調剤することも可能になった。このとき、病院・診療所で後発医薬品の処方を促進するために行ってきた処方せん料の評価が廃止され、病院・診療所のインセンティブがなくなった（表 2.3.1）。なお以下に示すように、病院・診療所の処方せん料は 7 種類以上の内服薬を投薬した場合には大幅な減額になる。

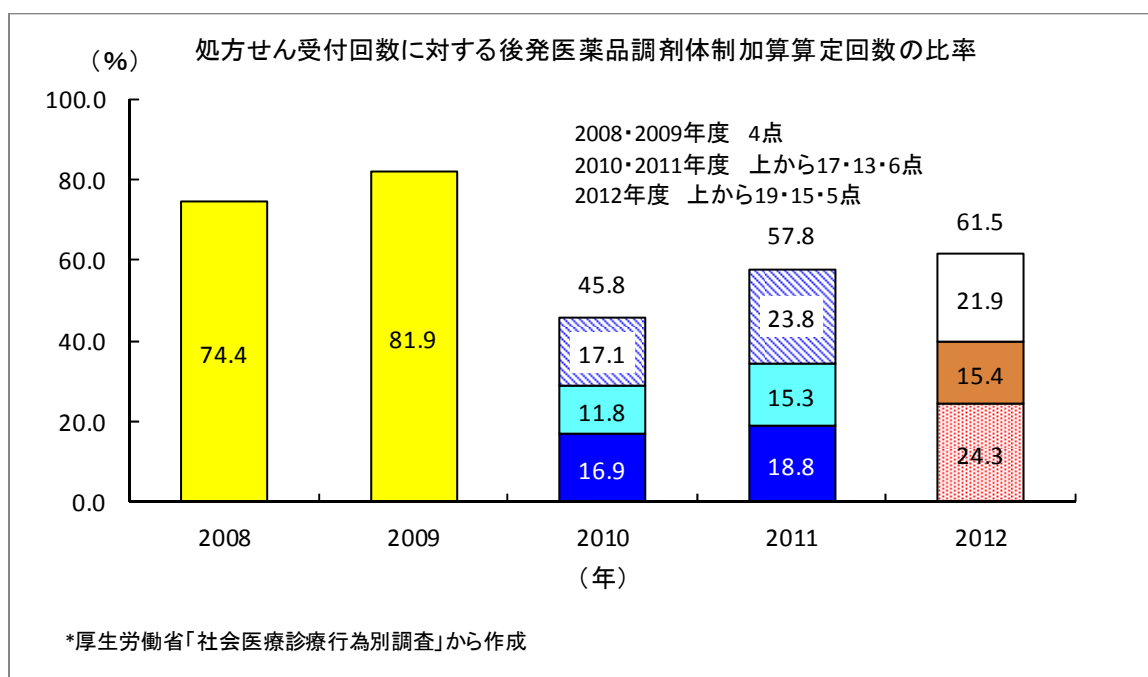
表 2.3.1 後発医薬品調剤体制加算と処方せん料

	薬 局	病院・診療所
2008年度 以前		処方せん料 1 7種類以上の内服薬の投薬 イ 後発医薬品を含む場合 42点 ロ イ以外の場合 40点 2 1以外の場合 イ 後発医薬品を含む場合 70点 ロ イ以外の場合 68点
2008年度 改定	後発医薬品調剤体制加算 4点 （処方せんの受付1回につき） ・ 後発医薬品を調剤した処方せんの 受付回数の割合が30%以上	処方せん料 1 7種類以上の内服薬の投薬 40点 後発医薬品を含む場合の点数廃止
2010年度 改定	後発医薬品調剤体制加算 調剤数量割合 20% 6点 25% 13点 30% 17点	2 1以外の場合 68点 後発医薬品を含む場合の点数廃止
2012年度 改定	後発医薬品調剤体制加算 調剤数量割合 22% 5点 30% 13点 35% 19点	

後発医薬品調剤体制加算は、創設された 2008 年度改定直後、調剤基本料算定回数の 7 割以上で算定された（図 2.3.2）。2010 年度改定では調剤数量割合に応じた評価になり、処方せん受付回数に対する比率がいったん減ったが、調剤報酬が増点されたので、調剤基本料および加算に占める後発医薬品調剤体制加算算定金額の割合は拡大した（図 2.3.3）。2012 年度にはさらに調剤数量割合が見直されたが、それまでもっとも高い区分を算定できていたところは、ほぼそのまま高い区分を算定できている。

2012 年度には、調剤基本料および加算推計 4,381 億円のうち、後発医薬品調剤体制加算は推計 584 億円である（図 2.3.4）³。

図 2.3.2 処方せん受付回数に対する後発医薬品調剤体制加算算定回数の比率



³ 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」は 6 月単月の抽出調査であるため「推計」とした（以下同じ）。

図 2.3.3 調剤基本料および加算に占める後発医薬品調剤体制加算算定金額の割合

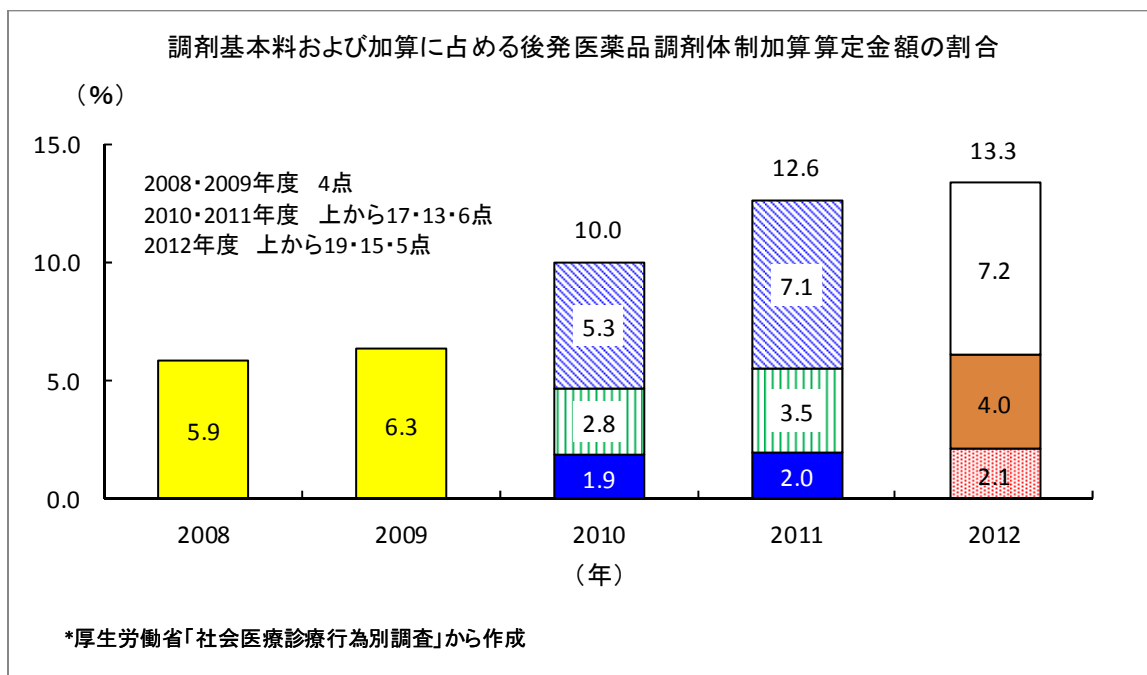
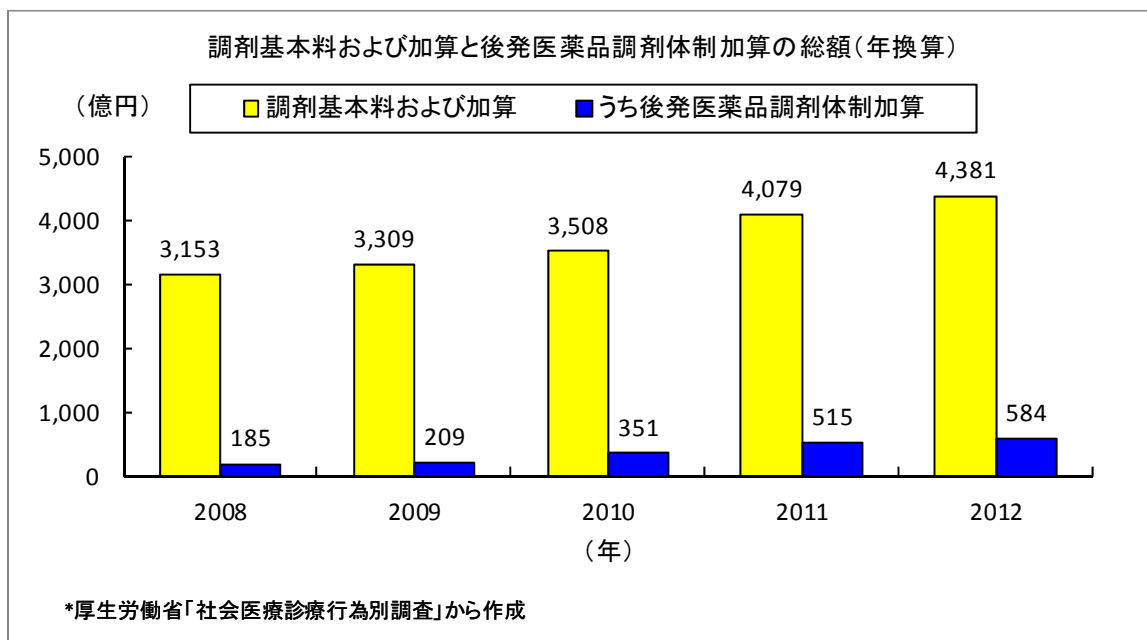


図 2.3.4 調剤基本料および加算と後発医薬品調剤体制加算の総額(年換算)



2.3.3. 基準調剤加算

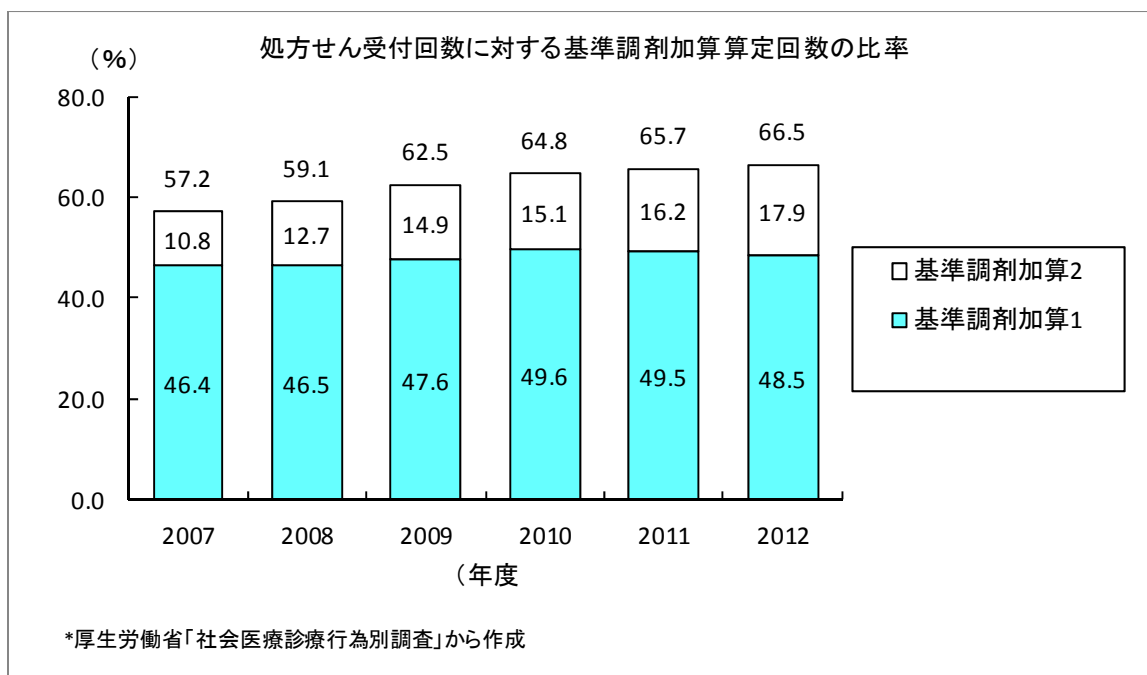
基準調剤加算は一定の備蓄がある場合等に算定できる（表 2.3.2）。算定回数は年々増加しており、かつ、より多くの備蓄を必要とする基準調剤加算 2 の算定が増えている（図 2.3.5）。2012 年度改定では、必要備蓄品目数が引き上げられたが、加算 2 の算定割合は改定前以上に増加した。チェーン薬局等の大規模化が進んでおり、備蓄品目の増加に対応可能だったのではないかと考えられる。

表 2.3.2 基準調剤加算の主な要件

処方せんの受付1回につき	
基準調剤加算1	10点
基準調剤加算2	30点

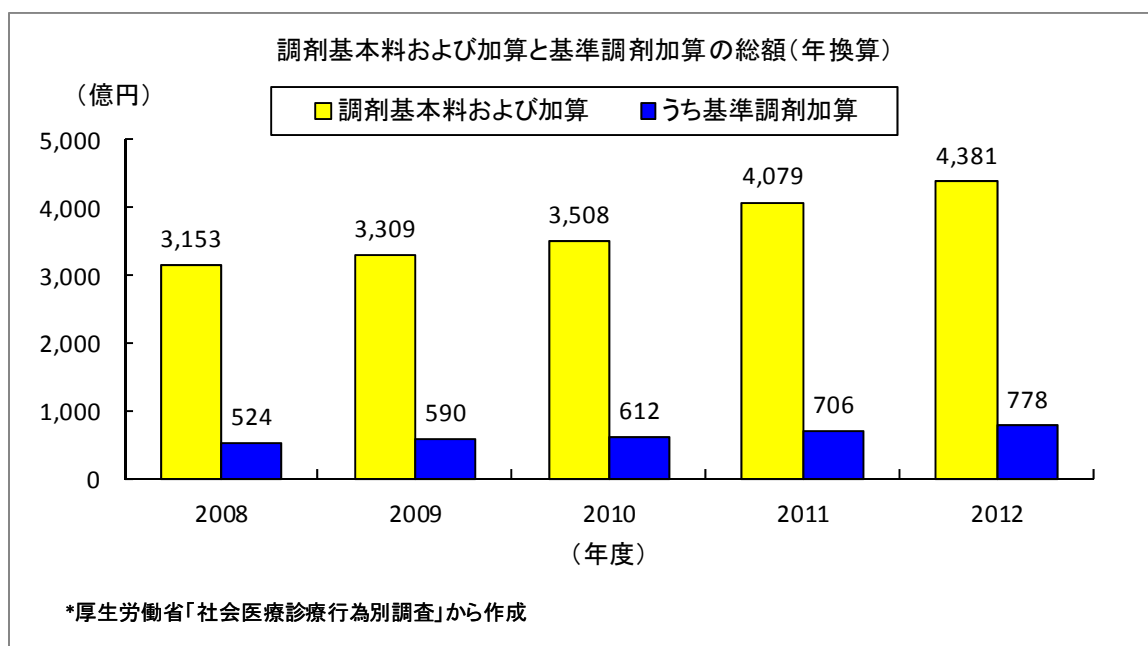
- ・ 500品目以上の医薬品を備蓄 → 2012年度から700品目以上
- ・ 700品目以上の医薬品を備蓄 → 2012年度から1,000品目以上
- ・ 処方せん受付回数1月600回超の場合、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下
- ・ 麻薬小売業者の免許取得

図 2.3.5 処方せん受付回数に対する基準調剤加算算定回数の比率



基準調剤加算の算定総額も伸びている。2012年度の算定金額は推計778億円、過去5年間の基準調剤加算算定累計金額は推計3,210億円である(図2.3.6)。

図2.3.6 調剤基本料および加算と基準調剤加算の総額(年換算)



2.4. 調剤料（内服薬の例）

内服薬調剤料は処方期間に応じて設定されている。現在1剤につき7日目以下は1日分5点（3剤であれば15点）、8日目から14日目までは1日分4点である。15日目から21日目までは71点であり、たとえば21日分の場合1日当たり点数は3.4点になる（表 2.4.1）。処方期間が長いほど1日分の調剤料は薄まるが、薬局は患者（顧客）を一定期間固定でき（7日処方の患者が7日後に再来するとは限らないが、14日処方であれば14日間固定できる）、長期間一括して調剤することで業務を効率化できるといったメリットがある。

内服薬では22日以上長期処方の調剤が増加している（図 2.4.1）。処方日数は病院・診療所の指示（処方せん）によるものとはいえ、2010年度改定で、長期処方の調剤料が評価されたこともあり、調剤料の総額は大幅に増加している（図 2.4.2）。

表 2.4.1 内服薬調剤料

処方日数		改定前	2010年度改定
14日分以下	7日目以下(1日分につき)	5点	5点
	8日目以上(1日分につき)	4点	4点
15日分以上	21日分以下	68点	71点
	22日分以上30日分以下	77点	81点
	31日以上		89点

※14日分以下は1日当たり点数、15日分以上は当該期間あたりの点数

図 2.4.1 内服薬調剤料の算定回数の内訳

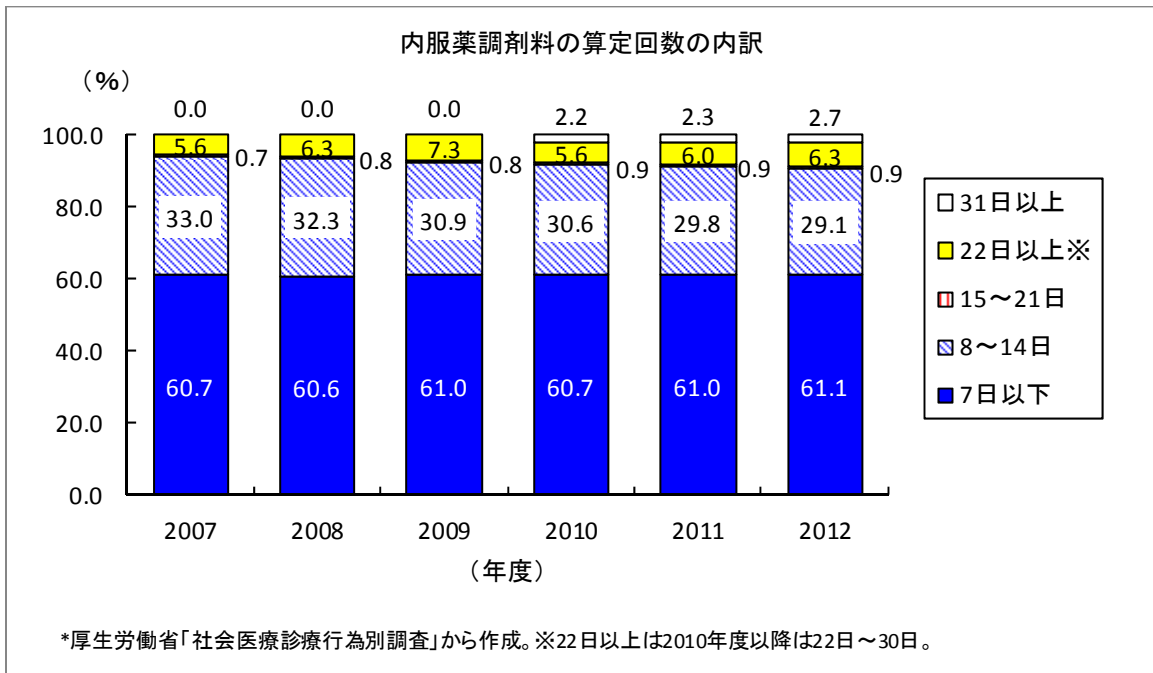
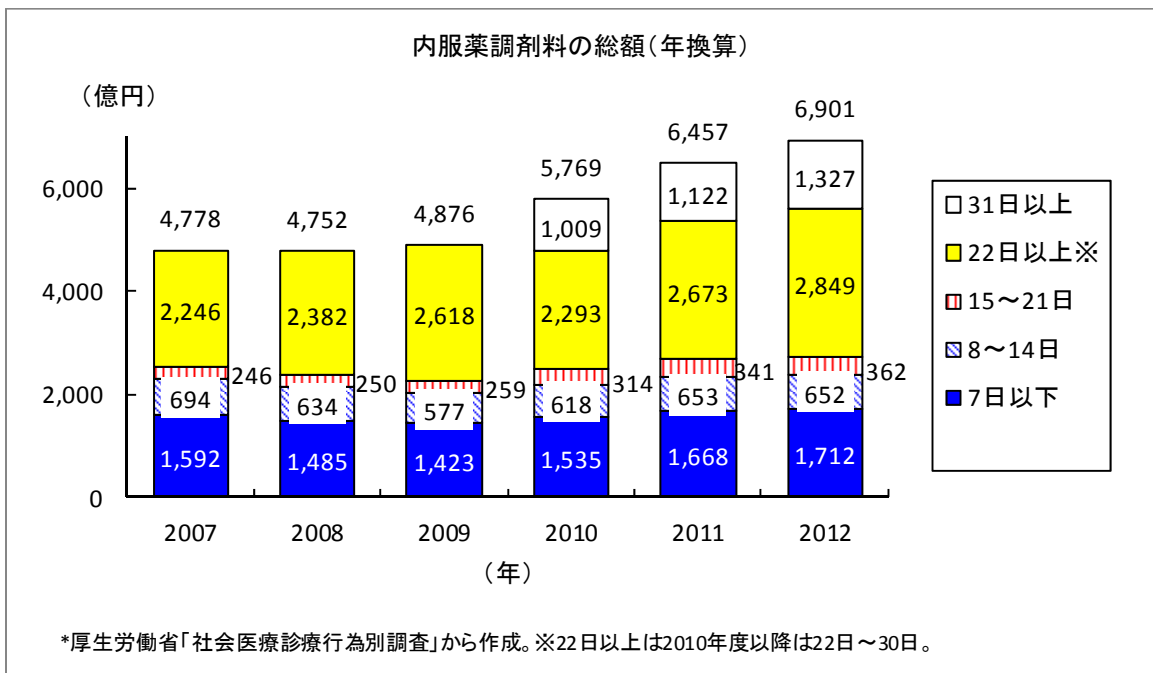


図 2.4.2 内服薬調剤料の総額（年換算）



2.5. 薬学管理料

2012年度改定で、薬剤情報提供料（15点）、後発医薬品情報提供料（10点）が廃止され、薬剤服用歴管理指導料は要件にお薬手帳を通じた情報提供等を加えて30点から41点に引き上げられた（表 2.5.1）。

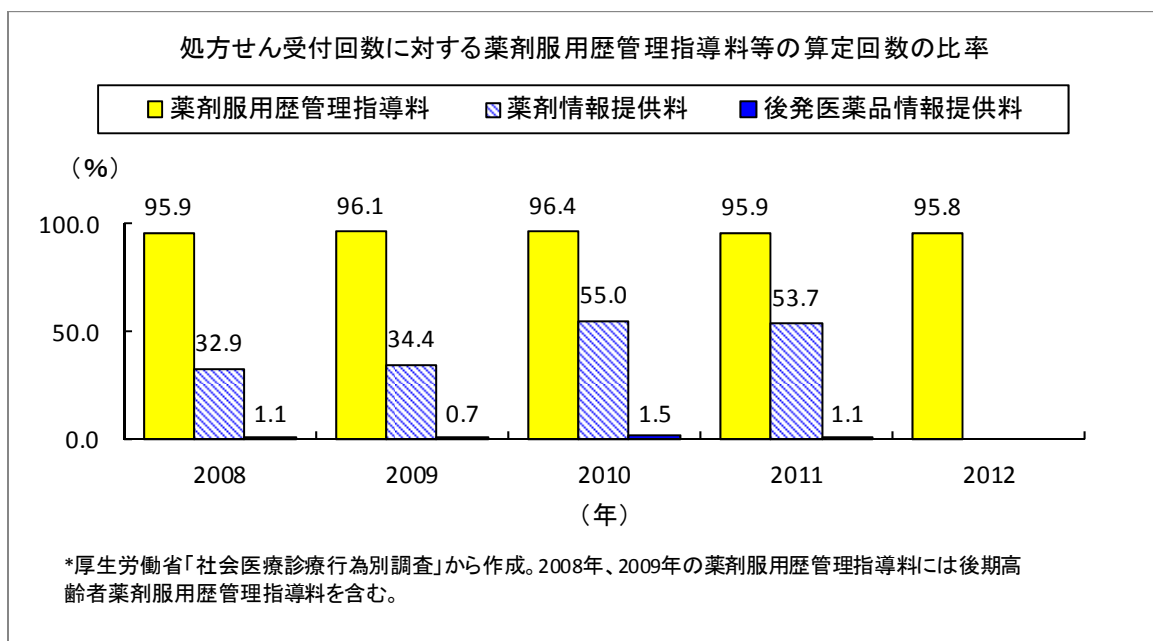
表 2.5.1 薬剤服用歴管理指導料などの改定の概要

2008～2011年度	2012年度改定
<p>薬剤服用歴管理指導料</p> <p>処方せんの受付1回につき 30点</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</p>	<p>薬剤服用歴管理指導料</p> <p>処方せんの受付1回につき 41点</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</p> <p>ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</p> <p>ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報を患者に提供すること。</p>
<p>薬剤情報提供料 15点</p> <p>お薬手帳を通じた情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合は、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定。 	
<p>後発医薬品情報提供料</p> <p>処方せんの受付1回につき 10点</p> <ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品に関する主たる情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定不可。 	

改定前の 2011 年、薬剤情報提供料は月 4 回の限度があったこともあり、処方せん受付回数の 53.7%しか算定されていなかった（図 2.5.1）。また後発医薬品情報提供料は処方せん受付回数の 1.1%しか算定されていなかった。

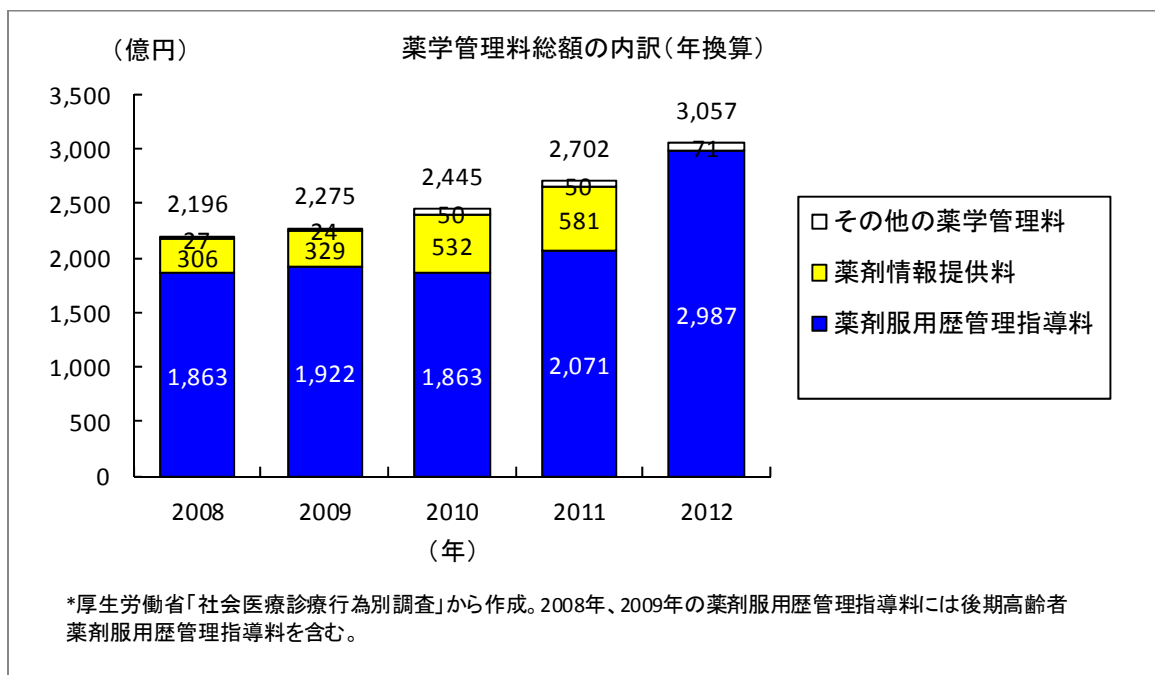
2012 年度改定で、薬剤服用歴管理指導料の要件が厳しくなったが、2012 年度の算定回数はまったく減少していない。

図 2.5.1 処方せん受付回数に対する薬剤服用歴管理指導料等の算定回数の比率



薬剤服用歴管理指導料は算定回数がまったく減っていないうえ、算定金額が増加している（図 2.5.2）。算定金額が増加している理由として、旧薬剤情報提供料は月 4 回までという制限があったが⁴、2012 年に薬剤服用歴管理指導料に包括され、薬剤服用歴管理指導料は処方せん受付ごとに算定できるのでその分増額になったこと、薬剤服用歴管理指導料の要件は厳しくなったように見えるものの算定のハードルはあまり高くなく、それまで薬剤情報提供料を算定していなかったところが、新たに薬剤服用歴管理指導料を算定したことなどが考えられる。

図 2.5.2 薬学管理料総額の内訳（年換算）



⁴ 月 4 回超で算定できなかったケースがどのくらいあったかは不明。患者 1 人当たり処方せん受付回数は月平均 1.3 回。

2.6. まとめ

調剤技術料は、院外処方が拡大しつつあることもあり総額で伸びている。2008年度改定では調剤基本料が引き下げられたが、処方せん受付1回当たりの調剤技術料（薬学管理料を含む）も伸びている。その背景には次のようなことがある。

- ① 2008年度改定で調剤基本料が引き下げられたが、後発医薬品調剤体制加算が創設され、多くの薬局で算定できた。その後の改定で後発医薬品調剤数量に応じた改定が行われているが、より高い点数を算定できている。
- ② 一定の備蓄品目数に応じて算定できる基準調剤加算は、2012年度改定で備蓄品目数が引き上げられたが、備蓄品目数の多いより高い点数の算定が増えている。
- ③ 内服薬調剤料は、より長期の処方が評価されるようになり、その分算定金額が増えている。
- ④ 2012年度改定で、薬剤服用歴管理指導料（改定前30点）は薬剤情報提供料（15点・お薬手帳などが要件）等を統合して41点になった。薬剤服用歴管理指導料は要件が厳しくなったが、旧薬剤情報提供料にはあった算定回数の制限がなくなったこともあり、算定金額が増加した。

以上のように、新たに調剤報酬に創設された加算のハードルはあまり高くなかったのではないかと見受けられる。また薬剤業務の内容よりもむしろ、後発医薬品調剤数量割合、備蓄品目数、処方日数などでの数量的なもので評価されている。こうした数量的な基準は大手チェーン薬局で比較的容易に達成できている可能性もある。

3. 診療所の再診料など

3.1. 再診料および加算の大きな動き

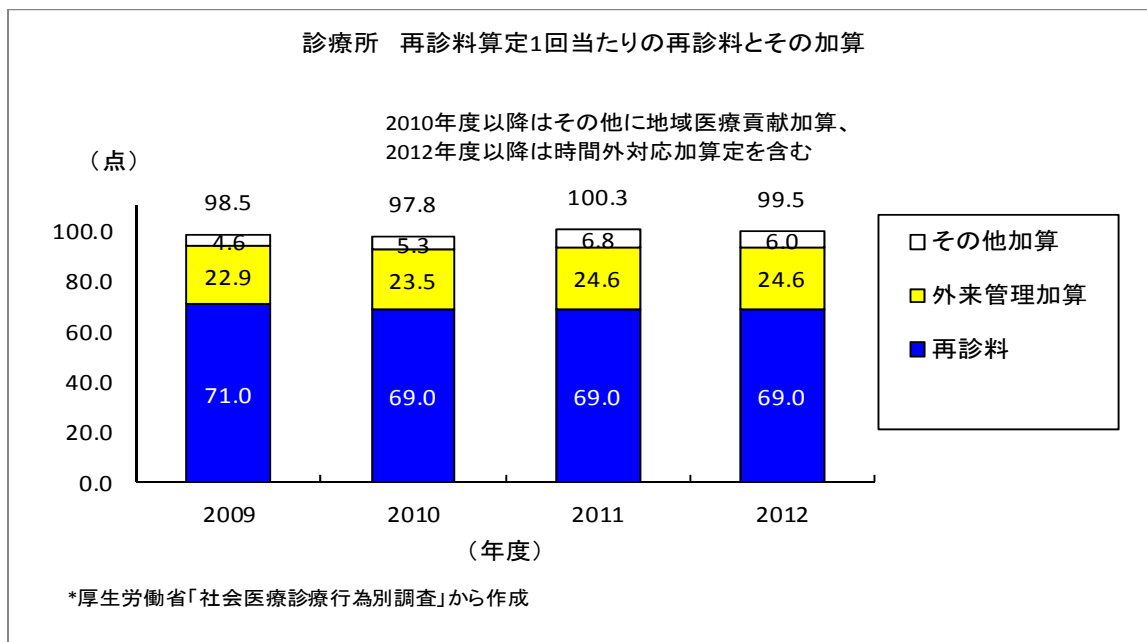
2008年度改定では薬局の調剤基本料が引き下げられ、2010年度改定では診療所の再診料が引き下げられた（図 3.1.1）。2010年度改定では地域医療貢献加算、明細書発行体制加算が創設されたが、地域医療貢献加算は算定できたところのほうが多く、再診料および地域医療貢献加算ほか加算の合計は改定前を下回った（図 3.1.2）。もちろん地域医療貢献加算、明細書発行体制加算を算定できなかったところでは、再診料の引き下げはそのまま響いた。

図 3.1.1 診療所の再診料等の改定

診療所の再診料等の改定		
2009年度以前	2010年度改定	2012年度改定
再診料 71点	再診料 69点	
外来管理加算 52点		
	※1)要件見直し	
	地域医療貢献加算 3点	時間外対応加算 5点・3点・1点 ※2)
	明細書発行体制等加算 1点	
		一般名処方加算 2点 ※3)
初診料 270点		
初診料 電子化加算3点		

※1) 外来管理加算:2010年度改定で、5分要件の廃止とともに、簡単な症状の確認等を行なったのみで継続処方を行なった場合にあつては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できなくなった。
 ※2) 時間外対応加算として、自院の通院患者への対応ということが明確化・明文化された。
 ※3) 一般名処方加算(院外処方のみ):一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は処方せんの交付1回につき算定できる。

図 3.1.2 診療所 再診料算定1回当たりの再診料とその加算



3.2. 外来管理加算

外来管理加算定は、1992年度改定で、内科再診料と慢性疾患外来医学管理料を統合して創設された。外来患者に対して計画的な医学管理を行った場合、再診料（電話再診は不可）に52点を加算する。診療科に関係なく算定できるが、処置、リハビリテーション等を行った場合には算定できない。

2008年度改定では外来管理加算の要件にいわゆる「5分ルール」⁵が追加され、算定回数が減少した。

2010年度改定では「5分ルール」は廃止され、多忙等を理由に簡単な症状の確認等を行ったのみでの継続処方については外来管理加算を算定できないことになった。厚生労働省は2010年度改定における外来管理加算見直しの影響額を約120億円と見込んでいた⁶。「社会医療診療行為別調査」から推計される2009年度の外来管理加算算定金額は約1,200億円であることから、算定が約1割増加するとの予測していたものと思われる。しかし、実際には2010年度の算定は微増であった（図3.2.1）。

また外来管理加算は、もともと内科再診料が基本であったこと、そのため処置等を行った場合には算定できないことから内科系での算定が多く、外科系での算定が少ない（図3.2.2）。

⁵ 外来管理加算は、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とするものであり、これらの診察には最低でも5分の時間を要するとして診療時間の目安「5分」が求められた。

⁶ 「外来に関する財源」2010年2月5日、中医協総会資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0205-7m.pdf>
「外来に関する財源」2010年2月10日、中医協総会資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0210-4e.pdf>

図 3.2.1 再診料算定回数に対する外来管理加算の算定比率

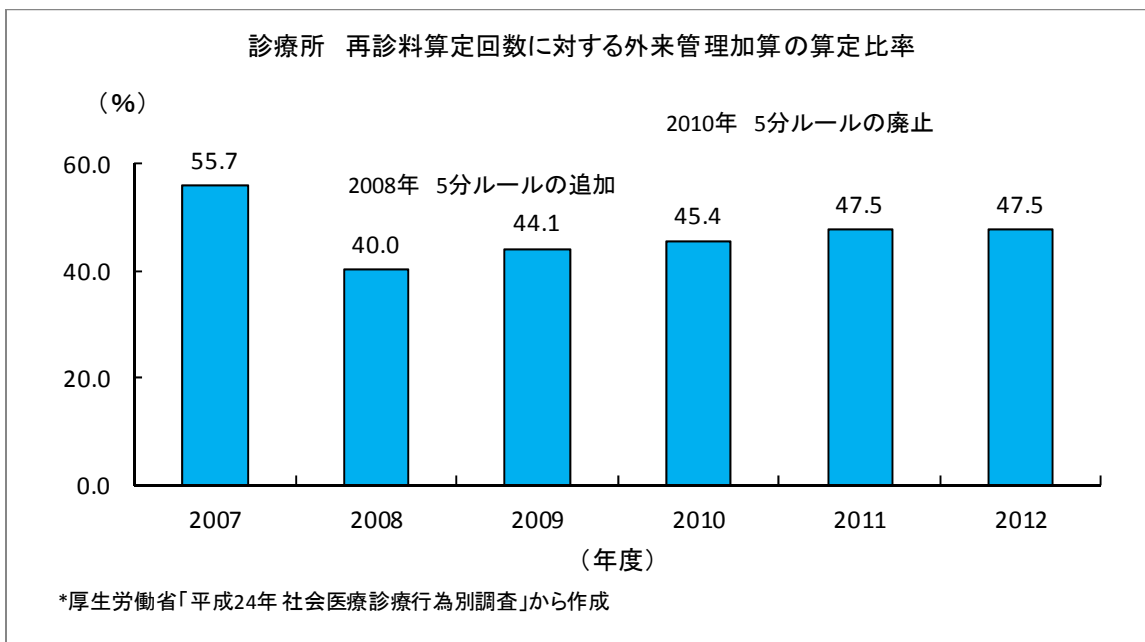
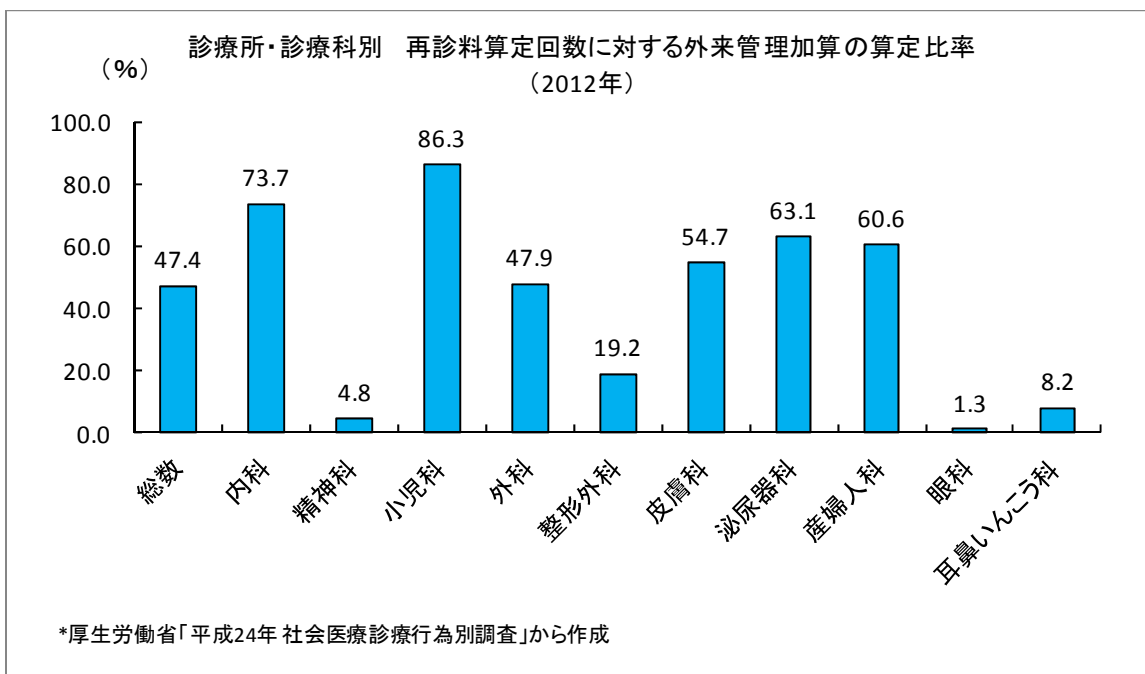


図 3.2.2 診療科別 再診料算定回数に対する外来管理加算の算定比率 (2012年)



3.3. 地域医療貢献加算と時間外対応加算

2010年度改定で再診料が71点から69点に引き下げられ、地域医療貢献加算(3点)が創設されたが、地域医療貢献加算を算定できたのは3割に満たず、平均で再診料の引き下げをカバーすることはできなかった。2012年度改定では、地域医療貢献加算の見直しが行われ、名称が時間外対応加算に変更された。このとき時間外に対応する患者は自院の通院患者で良いことが明確化・明文化され、算定がやや拡大した(図 3.3.1)。

時間外対応加算1(5点)の要件は原則自院で常時対応であるため、算定できているのは主として24時間体制をとっている有床診療所である(図 3.3.2)。

表 3.3.1 時間外対応加算の主な要件

時間外対応加算1	5点(常時対応)
・ 標榜時間外に常時、患者からの電話等の問い合わせに対応	
・ 原則自院で対応	
時間外対応加算2	3点(準夜帯対応)
・ 標榜時間外の準夜帯に、患者からの電話等の問い合わせに対応	
・ 休日、深夜、早朝は留守番電話可	
・ 原則自院で対応	
時間外対応加算3	1点(輪番制)
・ 地域の医療機関と輪番による連携で、当番日の標榜時間外の準夜帯に、患者からの電話等の問い合わせに対応。連携に関する情報は院内掲示及び患者に説明	
・ 当番日は原則自院で対応	
・ 当番日の深夜、早朝は留守番電話可	
・ 連携する医療機関数は3以下	
・ 連携に関する情報は院内掲示及び患者に説明	

図 3.3.1 再診料算定回数に対する時間外対応加算等の算定比率

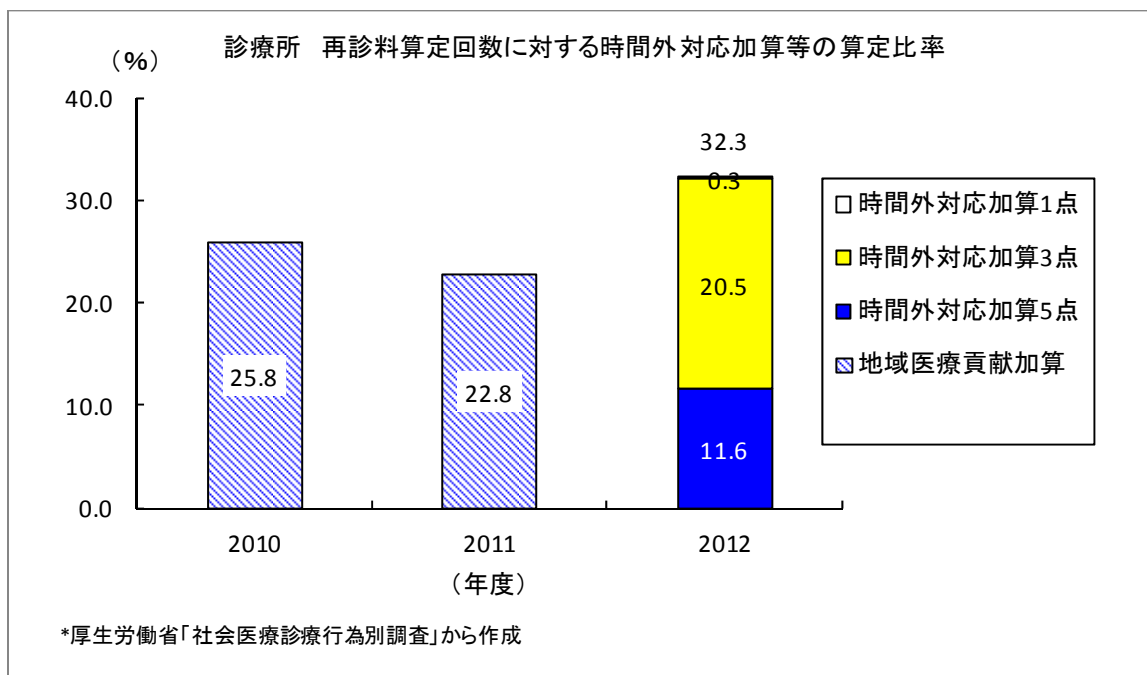
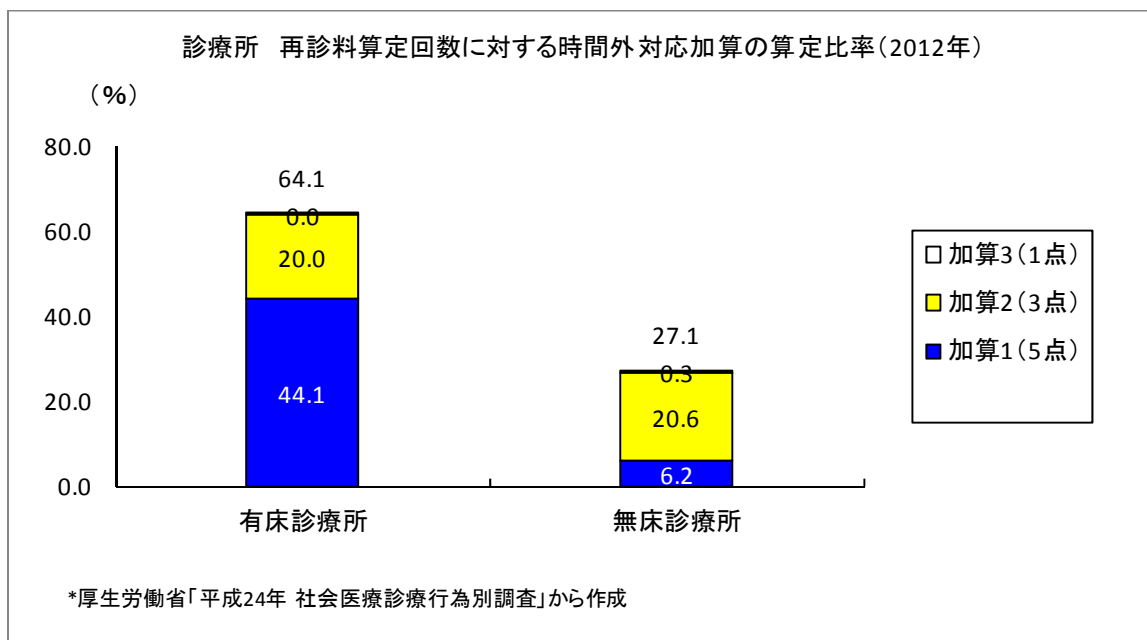
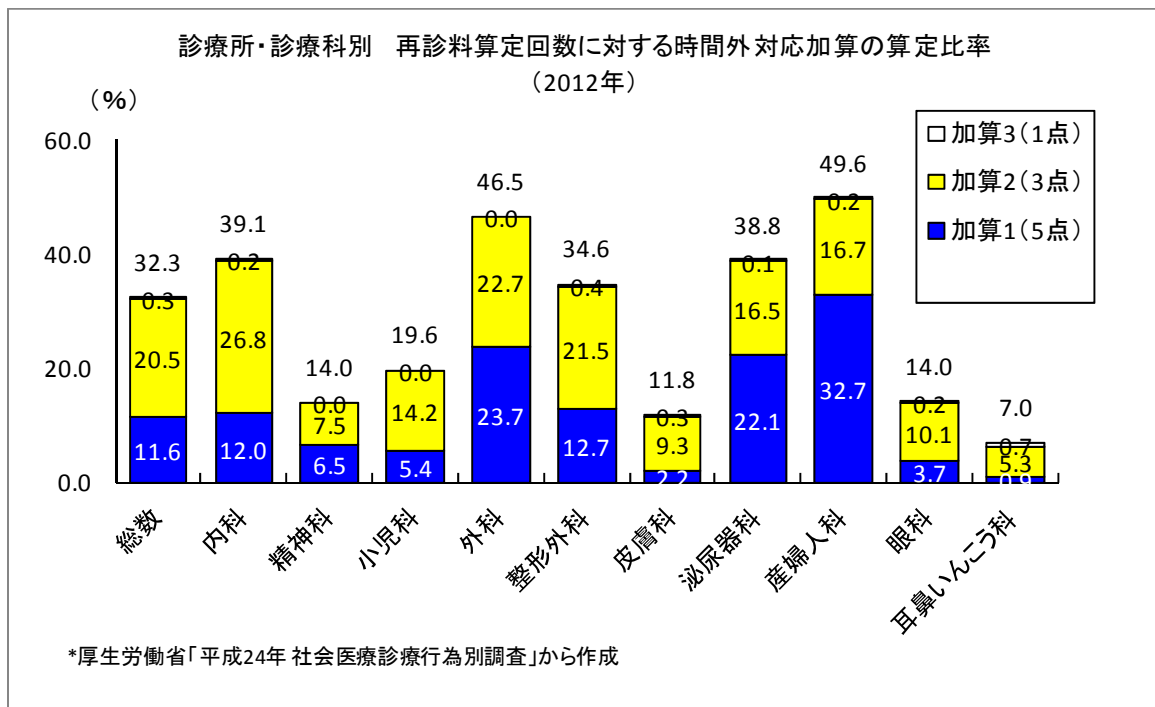


図 3.3.2 再診料算定回数に対する時間外対応加算の算定比率



時間外対応加算は、診療科別では精神科、小児科や、専門診療科である皮膚科、眼科、耳鼻いんこう科で算定が少ない。産婦人科は算定が多く、他の診療科と比べて有床診療所が多いためではないかと推察される（図 3.3.3）。

図 3.3.3 診療科別 再診料算定回数に対する時間外対応加算の算定比率

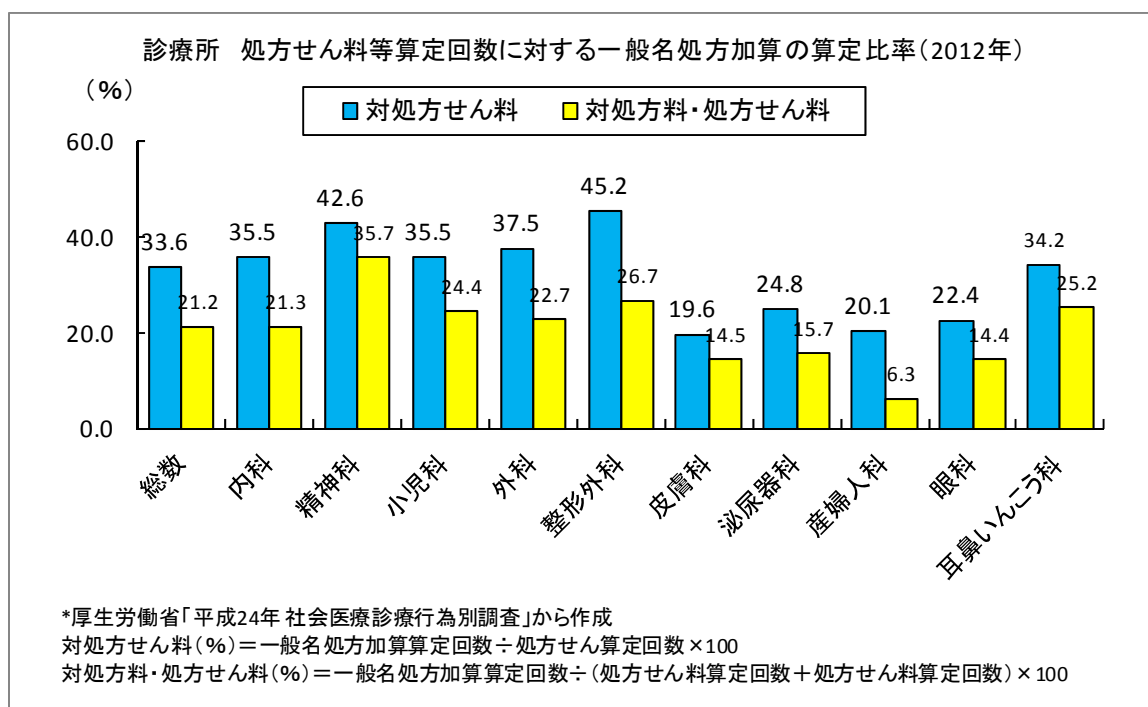


3.4. 一般名処方加算

2012 年度改定で、後発医薬品使用促進のため、処方せん様式が個々の処方薬ごとに後発医薬品への変更可否を明示する方式（一括チェックから個別チェックへ）に見直された。また、後発医薬品が存在する医薬品について、診療所医師が一般的名称に剤形及び含量を付記した処方せんを交付した場合、診療所では一般名処方加算（2 点）を算定でき、薬局では患者の選択にもとづいて、先発医薬品、後発医薬品のどちらでも調剤することができるようになった。

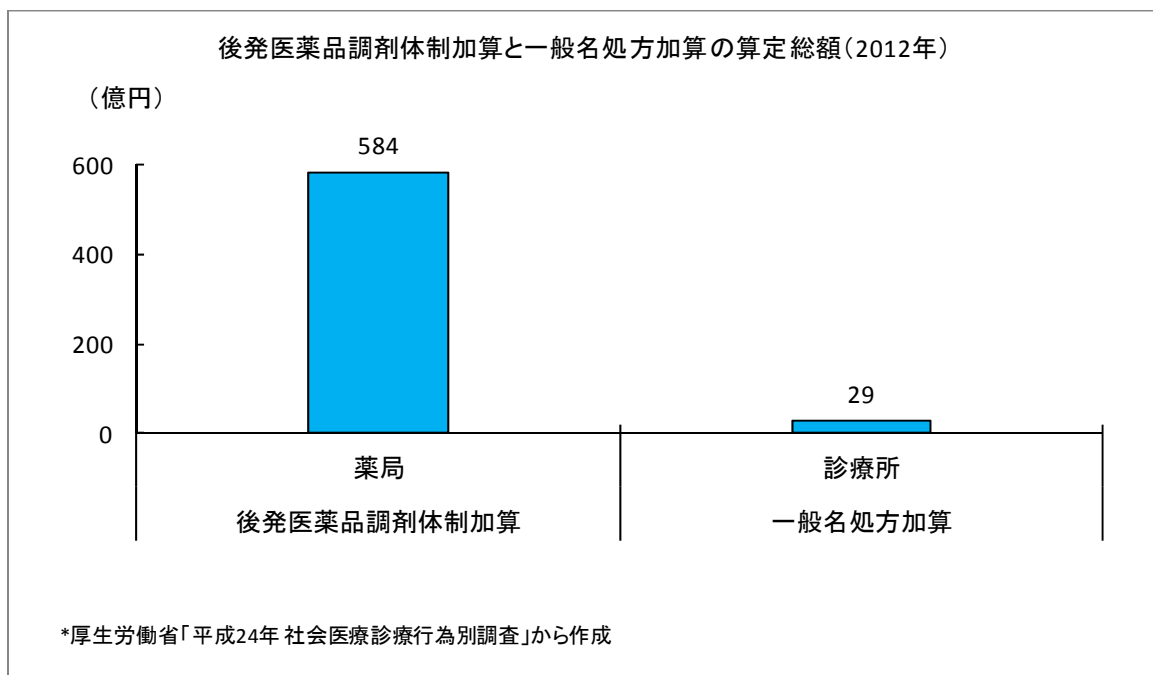
一般名処方加算はそもそも院外処方が対象であり、処方せん料算定回数に対する一般名処方の比率は 33.6% である。診療科別では整形外科、精神科で算定が多い。特に精神科は院外処方が多いので（2012 年 83.8%）、処方回数全体（処方料算定回数と処方せん料算定回数の合計）に対する比率も高い（図 3.4.1）。

図 3.4.1 処方せん料等算定回数に対する一般名処方加算の算定比率



ところで、薬局には後発医薬品使用促進関連加算として、後発医薬品調剤体制加算がある。薬局の後発医薬品調剤体制加算の総額は推計 584 億円、診療所の一般名処方加算の総額は推計 29 億円である（図 3.4.2）。

図 3.4.2 後発医薬品調剤体制加算と一般名処方加算の算定総額



4. 診療報酬改定とその影響等について

2008年度改定では薬局の調剤基本料が、2010年度改定では診療所の再診料が引き下げられた。いずれも技術料のコア部分であるが、その影響はかなり異なる。薬局と診療所を単純に比較することは必ずしも妥当ではないと思うものの、あえて単純化して考察したい。

診療（調剤）報酬のハードルの違い

薬局では2008年度に調剤基本料が引き下げられたが後発医薬品調剤体制加算が創設され、多くの薬局がこれを算定することができた。また2012年度に薬剤服用歴管理指導料の要件がきびしくなったが、ほとんどのところでクリアできた。このように調剤基本料の引き下げをカバーして創設された調剤報酬、さらにその後改定された調剤報酬は多くの薬局で算定できるものであった。

一方、診療所では2010年度に再診料が引き下げられたが、そのときに創設された地域医療貢献加算は算定できたところのほうが少ない。2012年度には一般名処方加算が創設されたが、これは院外処方だけが対象である。

評価対象の違い

薬局の後発医薬品調剤体制加算は後発医薬品の調剤割合に対する加算、基準調剤体制加算は備蓄品目数等に対する加算であり、数量（Quantity）に対する評価である。そして、より数量が大きい場合を高く評価する改定が行われてきた。多くの薬局がその改定に対応しているが、大規模チェーン薬局等で比較的容易にクリアできている可能性もある。

一方、診療所の地域医療貢献加算は、休日・夜間に患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を求めており、質（Quality）への評価であった。2012年度に地域医療貢献加算から名称が変更され要件も見直された時間外対応加算では、すべて自院で「24時間対応」する必要がない点数も設定されたが、診療負担増は小さくなかった。

後発医薬品の使用促進について

薬局の後発医薬品調剤体制加算は推計 600 億円近くである。財務省は 2007 年に後発医薬品のある先発医薬品がすべて後発医薬品に振り替えられた場合の効果は約 1.3 兆円という試算を示している⁷。最近では 2013 年に厚生労働省が後発医薬品の使用促進による医療費削減効果目標を約 1.0 兆円と置いている⁸。このために調剤報酬上で 600 億円の評価をすることが適正なのかどうかという議論も必要である。

院内処方と院外処方の違いについて

患者の立場からすると、院外処方では院内処方と比べて患者負担が 3 割程度（あるいはそれ以上）高くなることがある（図 3.4.1）。

- 病院・診療所で院内処方を受ける場合には処方料は 420 円であるが、院外処方では処方せんの交付を受けるときには 680 円かかる。
- 病院・診療所の院内処方では調剤料は一律 90 円であるが、院外処方の薬局の場合、調剤基本料 410 円に加えて調剤料がかかる。調剤料は薬剤種類（内服薬か外用薬かなど）や投薬日数によって変わってくる。

病院・診療所と薬局とで特に異なるのが情報提供に係る費用である。

- 病院・診療所で院内処方の場合、月 1 回、薬剤情報提供料 100 円とお薬手帳に記載した場合には手帳記載加算 30 点、合計 130 円がかかる。薬局ではお薬手帳記載も含めて処方せん受付ごとに薬剤服用歴管理指導料 410 点がかかる。

薬局の情報提供料に係る費用をはじめ、院内処方、院外処方のあり方も引き続き検討すべき重要課題のひとつであろう。

⁷ 財務省主計局「社会保障制度（2）（医療制度の現状と課題）」36 頁、2007 年 5 月 16 日、財政制度等審議会財政構造改革部会資料
<http://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1022127/www.mof.go.jp/singikai/zaiseseido/siryou/zaiseib190516/02-2c.pdf>

⁸ 厚生労働省「予防・健康管理に関する取組の推進について」2013 年 8 月 31 日
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401250-Hokenkyoku-Iryouhitekiseikataisakusuishinshitsu/0000019923.pdf>

図 3.4.1 院内処方と院外処方の負担の違い

院内処方と院外処方の費用の違い			
診療所で内服薬1種類を7日間処方された場合 (このほかに薬剤料がかかる。薬剤料は院内処方も院外処方も同じ)			
診療所	院内処方	診療所	院外処方
初診料	2,700円	初診料	2,700円
処方料	420円	処方せん料	680円
調剤料	90円	一般名処方加算 ※4	20円
調剤技術基本料 ※1	80円	保険薬局	
薬剤情報提供料 ※2	100円	調剤基本料	400円
手帳記載加算 ※3	30円	調剤料(1日1種類50円×7日分)	350円
		基準調剤加算1 ※5	100円
		後発医薬品調剤体制加算1 ※6	50円
		薬剤服用歴管理指導料 ※7	410円
合計 3,420円		合計 4,710円	
一部負担3割で1,030円		一部負担3割で1,410円	
<small>※1) 薬剤師が常時勤務している場合 ※2) 薬剤の情報を文書で提供した場合 ※3) 薬剤の名称を手帳に記載した場合</small>		<small>※4) 薬剤の一般名を記載する処方せんを交付した場合 ※5) 一定の体制が整備されている場合 ※6) 後発医薬品の調剤数量割合によって異なる ※7) 薬剤の情報を文書で提供した場合</small>	