

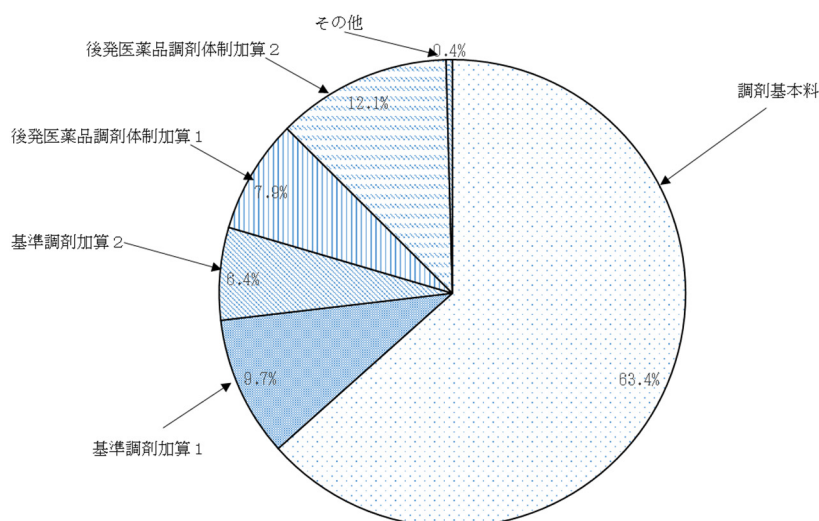
1. 3. 1. 調剤基本料

(処方せん受付毎に算定される調剤基本料は、施設基準により単価が増減)

調剤基本料は、「月の処方せん受付回数」や「特定の医療機関からの処方せん集中割合」¹¹に応じた地方厚生局への届出¹²内容により、処方せんの受付1回ごとに算定される。また、調剤基本料をベースとして、基準調剤加算・後発医薬品調剤体制加算（いずれも届出制）や分割調剤加算等を加算することができる。

調剤基本料の内訳をみると、加算分が、3～4割を占めている。調剤基本料自体が、施設基準により単価を上下することが可能であることに加えて、加算分においても施設基準により、単価を上下することが可能な構造となっている（図表1-21）。

図表1-21 調剤基本料の算定項目の内訳（2015年6月審査分）



(備考) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」により作成。

(2016年度に「大型門前薬局」への基本料減額を導入したが、実効性に乏しい)

2016年度診療報酬改定（以下、2016年度改定）後の調剤基本料には、調剤基本料3の新設や、調剤基本料2の施設要件を拡大（これまで処方せんの受付回数要件が高く、処方せん集中率の高い薬局への評価を下げていたが、この対象要件のうち受付回数に関する要件を拡大）するなど、いわゆる「大型門前薬局」への減額対象要件が拡大された（図表1-22）。

¹¹ 特定の医療機関からの処方せん集中割合は、「特定の医療機関からの処方せん応需数」／「全処方せん応需数」にて算出している。

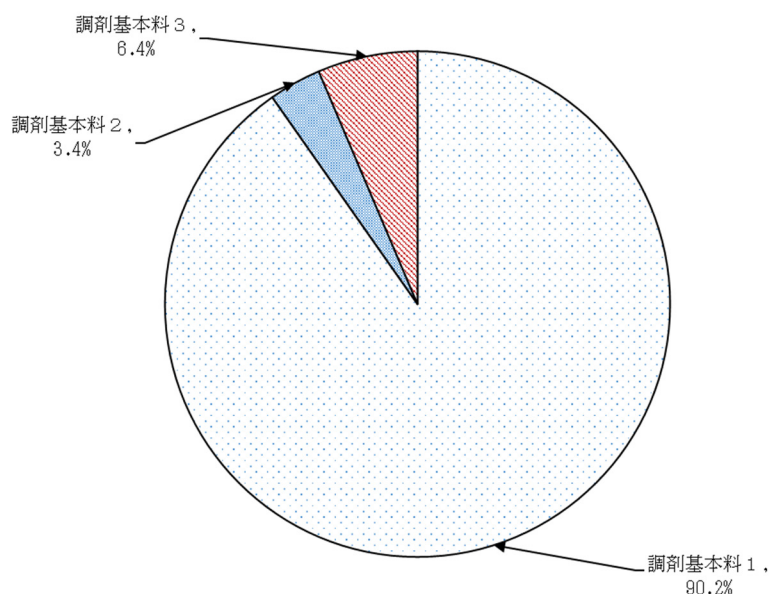
¹² 各保険薬局が算定する調剤基本料の点数については、施設基準の内容を含め、地方厚生（支）局へ届け出ることが必要である。

図表 1-22 調剤基本料を算定するための施設基準（2016 年度改定後）

調剤基本料	施設基準
調剤基本料 1	・ 下記 2、3 以外
調剤基本料 2	・ 処方せん受付回数 4,000 回/月超かつ集中度 70% 超 ・ 処方せん受付回数 2,000 回/月超かつ集中度 90%（処方せん受付回数要件を 2,500 回/月超から変更） ・ 特定の医療機関からの処方せん受付回数 4,000 回/月超（新設）
調剤基本料 3 （新設）	グループ全体の処方せん受付回数が 40,000 回/月超 ・ 処方せん集中度 95% 超 ・ 特定の医療機関との間で不動産の賃貸取引
調剤基本料 4	・ 調剤基本料 1 の未妥結減算
調剤基本料 5	・ 調剤基本料 2 の未妥結減算
特例調剤基本料	・ 調剤基本料 3 の未妥結減算

（備考）厚生労働省「平成 28 年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要」により作成。

図表 1-23 全保険薬局に占める調剤基本料の届出受理数の比率（2016 年度改定後）



- （備考）
1. 各地方厚生（支）局「届出受理医療機関名簿」（2017 年 3 月 6 日アクセス）により作成。
 2. 施設基準届出内容となるので、未妥結減算の結果である調剤基本料 4、5、特別調剤基本料は含まない。
 3. 東北厚生局、関東信越厚生局は 2017 年 1 月 1 日現在。近畿厚生局、中国厚生局、四国厚生局は 2017 年 2 月 1 日現在。北海道厚生局、東海北陸厚生局、九州厚生局は 2017 年 3 月 1 日現在。

施設基準の届出内容から、調剤基本料 2、3 の適用となる保険薬局をみると、全保険薬局の 10% にすぎない（図表 1-23）。門前薬局が 70%¹³ を占める現状と照らし合わせると、調剤基本料減額の適用薬局店舗数は極めて少ない。これは、調剤基本料の施設基

¹³ 厚生労働省「平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）の結果について」によると、「主に近隣にある特定の診療所の処方せんを応需」（44.3%）、「特に近隣にある特定の病院の処方せんを応需」（21.4%）、「主に複数の特定の保険医療機関の処方せんを応需」（8.1%）に対して、様々な保険医療機関からの処方せんを応需（24.9%）、「その他」（0.4%）、「無回答」（0.7%）であった。

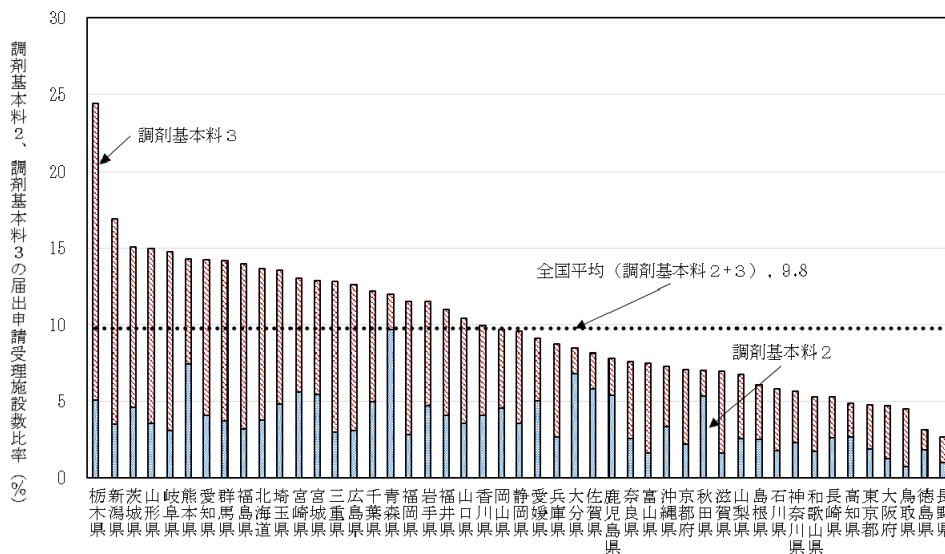
準が、「処方せん受付回数」と「処方せん集中率」双方の組み合わせ等から、規定されるためである。例えば、処方せん集中率が70%を超える場合でも、4,000回/月未満であれば、減額対象とならない。また、新設された調剤基本料3の施設基準は、グループ全体の処方せん受付回数が40,000回/月超であるが、処方せん集中率95%で、特定の医療機関との間で不動産の賃貸取引がある、という付帯条件が必要である。したがって、実効性に乏しい規定が新設されただけといえる。

(減算調剤基本料の適用比率には大きな地域差)

その調剤基本料2、3適用比率について、都道府県別で比較すると、比率の高い栃木(24.4%)、新潟(16.9%)から比率の低い徳島(3.2%)、長野(2.7%)まで大きな地域差が存在している(図表1-24)。

比率の高い都道府県の調剤基本料2、3それぞれの届出受理件比率をみると、栃木(「調剤基本料2」5.1%、「調剤基本料3」19.4%)、新潟(同3.6%、13.3%)、茨城(同4.6%、10.5%)、山形(同3.6%、11.4%)、岐阜(同3.1%、11.7%)と、いずれも調剤基本料3の要件に適合している比率が高い。これは、ほぼ単独で医療機関の処方せんを受け付けている(処方せん集中率95%超)、グループ薬局(グループ全体の処方せん受付回数が月40,000回超)の出店が多いことを意味する。

**図表1-24 全保険薬局に占める調剤基本料2、3届出受理数の比率
(都道府県別、2016年度改定後)**



- (備考) 1. 各地方厚生(支)局「届出受理医療機関名簿」(2017年3月6日アクセス)により作成。
 2. 施設基準届出内容となるので、未妥結減算の結果である調剤基本料4、5、特別調剤基本料は含まない。
 3. 東北厚生局、関東信越厚生局は2017年1月1日現在。近畿厚生局、中国厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、東海北陸厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。

（門前薬局対策での調剤基本料の引き下げは論理的には逆効果）

こうした都道府県間で生じている基本料差は医療機関と保険薬局の立地関係によるものであり、利用者である患者の選択によるものではないことを踏まえると、同じ医薬品を処方された場合の利用者費用の差が妥当かどうか、検討する必要がある。特に、門前薬局を好ましくないとすることで基本料を引き下げるとは、定率自己負担の利用者とすれば、より門前薬局を選好する誘因となっており、報酬設定の意図と論理的な帰結に不整合が生じている面もある。

（施設基準による調剤基本料のばらつきは大きい）

調剤基本料は、15点（特別調剤基本料）から95点（調剤基本料1・基準調剤加算・後発医薬品調剤体制加算2を全て算定する保険薬局）まで、施設基準により単価に大きな違いがある（図表1-25）。それぞれの届出受理数の比率をみると、「調剤基本料1のみ（単価、41点）」（27.2%）、「調剤基本料1＋後発医薬品調剤体制加算1（単価、59点）」（20.1%）、「調剤基本料1＋後発医薬品体制加算2（単価、63点）」（18.1%）の算定割合が高い（図表1-26）。

図表1-25 届出内容の組み合わせによる調剤基本料の点数単価（2016年度改定後）

点数単価 (点)	加算 なし	基準調剤 加算のみ	後発医薬品調剤体制加算1		後発医薬品調剤体制加算2	
			基準調剤加算有	基準調剤加算無	基準調剤加算有	基準調剤加算無
調剤基本料1	41	73	91	59	95	63
調剤基本料2	25	-	-	43	-	47
調剤基本料3	20	-	-	38	-	42
調剤基本料4	31	-	-	49	-	53
調剤基本料5	19	-	-	37	-	41
特別調剤基本料	15	-	-	33	-	37

（備考）厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表3（調剤点数表）」（平成28年3月4日厚生労働省告示第52号）により作成。

図表1-26 届出受理数の比率（調剤基本料の点数単価別、2016年度改定後）

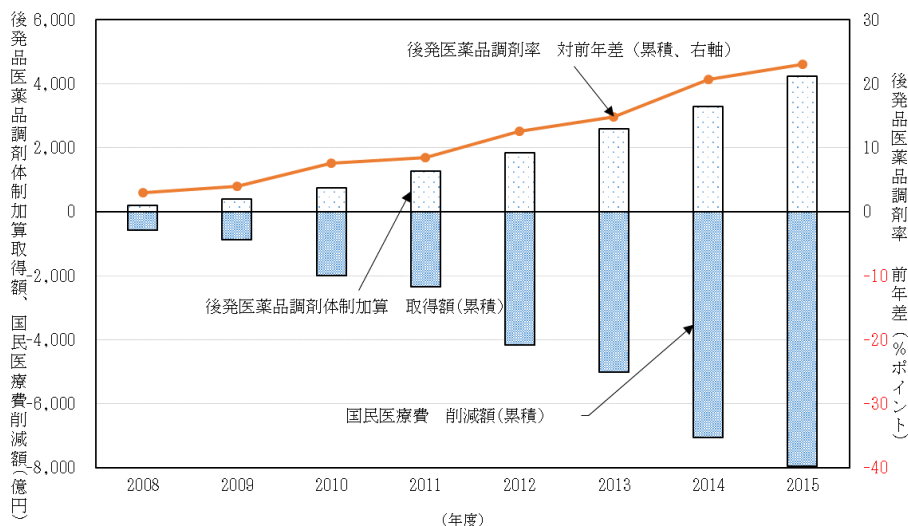
届出受理数の 比率 (%)	加算 なし	基準調剤 加算のみ	後発医薬品調剤体制加算1		後発医薬品調剤体制加算2	
			基準調剤加算有	基準調剤加算無	基準調剤加算有	基準調剤加算無
調剤基本料1	27.2%	7.2%	9.6%	20.1%	8.2%	18.1%
調剤基本料2	1.1%	-	-	1.0%	-	1.3%
調剤基本料3	1.9%	-	-	1.9%	-	2.6%

（備考）1. 各地方厚生（支）局「届出受理医療機関名簿」（2017年3月6日アクセス）より作成。
2. 施設基準届出内容となるので、未妥結減算の結果である調剤基本料4、5、特別調剤基本料は含まない。
3. 東北厚生局、関東信越厚生局は2017年1月1日現在。近畿厚生局、中国厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、東海北陸厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。

(調剤基本料への加点によって後発医薬品の普及を推進)

医薬分業において保険薬局が担ってきた役割の一つに後発医薬品の浸透が挙げられる。この点については、以前より、後発医薬品に関する施設要件を満たすことへの加算を与えることで推進してきた。後発医薬品調剤体制加算が、導入されたのは2008年度診療報酬改定時¹⁴である。2008年度(単年度加算額、約185億円)から2015年度(同、約948億円)にかけて、後発医薬品調剤体制加算による累積加算取得額は約4,200億円である。この効果もあり、後発医薬品調剤率は、2007年度(40.1%)から2015年度(63.1%)にかけて、23.0%ポイント上昇した(図表1-27)。

図表1-27 後発医薬品調剤体制加算取得額及び後発医薬品浸透による国民医療費削減額の実績推移(2008年度比累積)



- (備考) 1. 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」、「調剤医療費の動向」、「国民医療費」、「調剤医療費の伸びの要因分解」により作成。
 2. 後発医薬品調剤体制加算額、国民医療費削減額、後発医薬品調剤率対前年差のいずれも2008年度からの累積値としている。
 3. 医療費削減額は、厚生労働省「調剤医療費の伸びの要因分解」を参考に、後発医薬品数量シェア(新指標)1%ポイント上昇時に国民医療費▲0.06%影響、後発医薬品数量シェア(旧指標)1%ポイント上昇時に国民医療費▲0.09%影響の数値を使用し、推計した。この際に、先発医薬品とそれに対応する後発医薬品との価格差は2:1と仮定している。国民医療費削減額=前年度国民医療費×当年度後発医薬品数量シェア(新指標)×▲0.06%(但し、2013年度以前は、旧指標のため、▲0.09%の数値を使用)。
 4. 後発医薬品調剤体制加算は「社会医療診療行為別統計(調査)」の各年6月実績値を12倍した値を、年度加算額として代替している。
 5. 「後発医薬品調剤率」とは、全処方せん受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方せん受付回数の割合をいう。後発品割合の目標値(数量ベース、新指標)は、2013年度までしか遡れないため、「後発医薬品調剤率」で代替した。2015年度の数量ベース(新指標)60.1%に対して、後発医薬品調剤率は63.1%である。

¹⁴ 後発医薬品促進の観点からは、2006年度調剤報酬改定において、調剤基本料の一つとして、「後発医薬品分割調剤」が導入されている。

先発医薬品と後発医薬品の価格差を2：1と仮定すると、2008年度から2015年度の間において、後発医薬品の普及により、国民医療費は約8,000億円削減されたと試算される。関係する計数の動きからすると、後発医薬品調剤体制加算による保険薬局への後発医薬品調剤インセンティブは、ある程度は効果的に機能してきたとも言えるが、2：1の価格差の想定が縮小すると削減額は減少する。

なお、後発医薬品の新たな数量シェアの目標値（新指標、2017年央に70%以上とするとともに、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする）を踏まえ、2016年度改定においては、後発医薬品調剤体制加算の調剤数量割合が引き上げられている（図表1-28）。

図表1-28 後発医薬品調剤体制加算の変更（2016年度改定後）

2016年度改定前	2016年度改定後
<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品調剤体制加算1 （調剤数量割合55%以上） ・後発医薬品調剤体制加算1 （調剤数量割合65%以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品調剤体制加算1 （調剤数量割合65%以上） ・後発医薬品調剤体制加算1 （調剤数量割合75%以上）

（備考）厚生労働省「平成28年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要」により作成。

1. 3. 2. 調剤料

（調剤料は投薬数量の増加にともない膨張する構造）

調剤料は、「投与区分」と「所定単位」に従い、調剤の内容によって、算定点数が規定されている（図表1-29）。院内処方では、1処方¹⁵につき、固定の点数であるのに対して、院外処方では、投与区分毎、1剤¹⁶につき（内服薬の場合。外用薬等では1調剤¹⁷、注射薬等では1処方せん¹⁸につき）調剤料を算定できる。結果として、院外処方では、投与区分の異なる医薬品の調剤や、投薬医薬品数が増加するに伴い、調剤料が増加する構造になっている。

¹⁵ 1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず、算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。

¹⁶ 服用時点が同一であるものについては、投与日数に関らず、1剤として算定する。なお、4剤以上の部分については、算定しない。

¹⁷ 服用時点、投与日数が同一であるものについては、1調剤として算定する。なお、4剤以上の部分については、算定しない。

¹⁸ 1回の処方せん受付において調剤した場合に剤数（頓服薬）や調剤数（注射薬）に関わらず、算定する。

図表 1-29 調剤の内容ごとの調剤料の点数単価
(院内処方時(医科)、院外処方時(調剤)、2016年度改定後)

院内処方(医科報酬)			院外処方(調剤報酬)		
投与区分	所定単位	調剤料	投与区分	所定単位	調剤料
内服薬、 浸煎薬及 び頓服薬	1処方 につき	9点	内服薬	1剤につき	5~87点
			内服用適剤	1調剤 につき	10点
			頓服薬	1処方せん につき	21点
			浸煎薬	1調剤 につき	190点
			湯薬	1調剤 につき	190点~ 400点
			注射薬	1処方せん につき	26点
外用薬	1処方 につき	6点	外用薬	1調剤 につき	10点

(備考) 厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表1(医科点数表)」(平成28年3月4日厚生労働省告示第52号)、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表3(調剤点数表)」(平成28年3月4日厚生労働省告示第52号)により作成。

例えば、1回の処方において、「内服薬」と「頓服薬」が同時に処方された際に、院内処方時には「内服薬」と「頓服薬」を包括して調剤料1単位を算定することになるが、院外処方時には「内服薬」「頓服薬」それぞれの医薬品毎に算定し、調剤料2単位を算定することが可能となる。

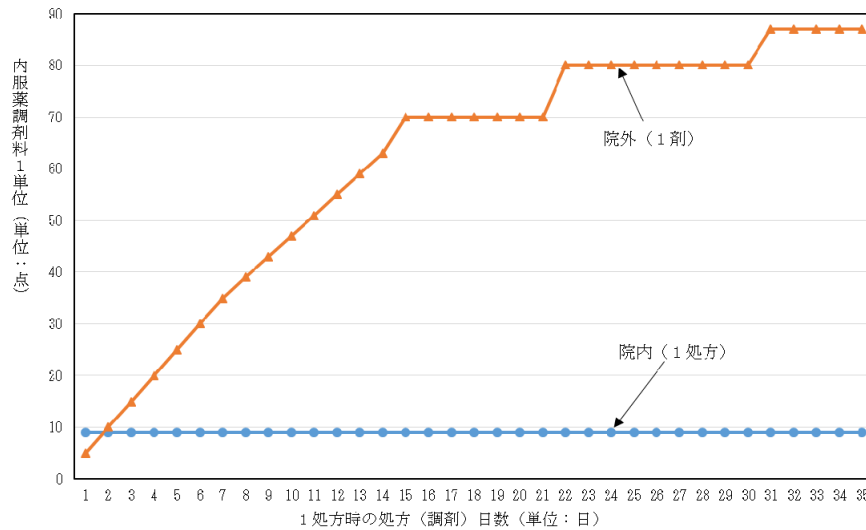
また、院内処方時には「1処方」につき調剤料1単位が規定されているが、院外処方時には、内服薬では「1剤」、外用薬等では「1調剤」につき調剤料1単位を算定することが可能となる。例えば、1回の処方(内服薬)において「1日1回朝食後」と「1日3回毎食後」それぞれ服用する医薬品が処方された場合、院内処方時には1処方につき算定することから、調剤料1単位を算定することになるが、院外処方時にはそれぞれの医薬品毎に算定し、調剤料2単位を算定することが可能となる。

(調剤料は投薬日数の増加でも膨張する構造)

院外処方の99%¹⁹を占める内服薬の処方時には、投与日数の増加に伴い、調剤料も増加する構造もある。処方日数が14日分以下の場合、7日目以下は5点(1日につき)、8日目以上は4点(1日につき)、その後は、15日分以上21日分以下は70点、22日以上30日以下は80点、31日分以上は87点である。例えば、院外処方時に内服薬7日間処方した際の調剤料は35点(1日5点×7日分)であるが、31日以上処方される際の調剤料は87点となり、31日以上処方されると、投与日数1日当たり調剤料は減るものの、算定調剤料は52点増加する(図表1-30)。

¹⁹ 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(2015年6月分)において、「薬剤料」の算定回数をみると、「内服薬」(約40億回)、「注射薬」(約94万回)、「外用薬」(約4,000万回)であった。

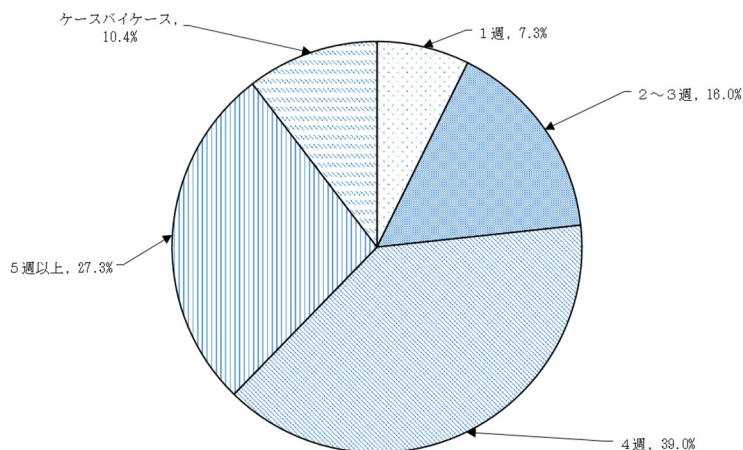
図表 1-30 内服薬の調剤料の点数単価（処方日数別、2016 年度改定後）



（備考）図表 1-29 と同様に作成。

なお、長期処方の実態を確認するために、日本医師会によって、北海道、茨城県、群馬県、千葉県、広島県、福岡県の 6 道県を調査対象とした、「長期処方についてのアンケート調査報告」が行われている。この結果によると、アンケート回答医師の「もっとも多い処方期間」のうち、39%が 4 週間処方、27.3%が 5 週間以上であり、4 週間以上の処方が 60%を超えている。

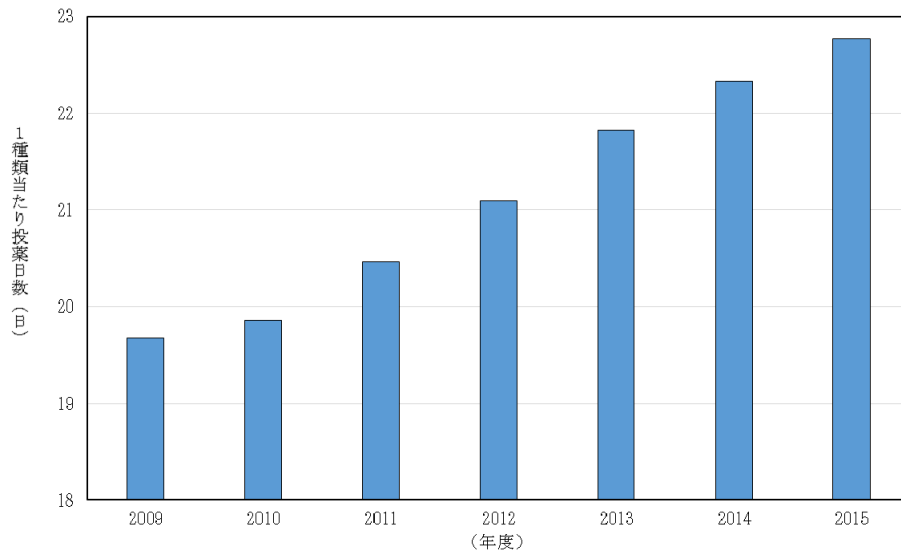
図表 1-31 処方期間の構成比



- （備考）
1. 前田（2010）により作成。
 2. 前田によると、6 道県を調査対象地域とし、病院は 6 道県医師会により任意に抽出、診療所は無作為に 5 分の 1 で抽出し、郵送による発送と回答受付を行っている。「もっとも多い処方日数は、何週（何日）ですか」という質問に対し、例えば処方日数が 30 日の場合は、もっとも近い 4 週（28 日）を選択する方式で行われている。
 3. 「5～7 週」、「8 週」、「9～11 週」、「12 週以上」を「5 週以上」として、計上。

また、「調剤医療費の動向」によると、1種類当たり投薬日数は、2009年度（19.7日）から2015年度（22.8日）にかけて、長期化している（図表1-32）。

図表1-32 1種類当たり投薬日数の推移



（備考）厚生労働省「調剤医療費の動向」により作成。

1. 3. 3. 薬学管理料

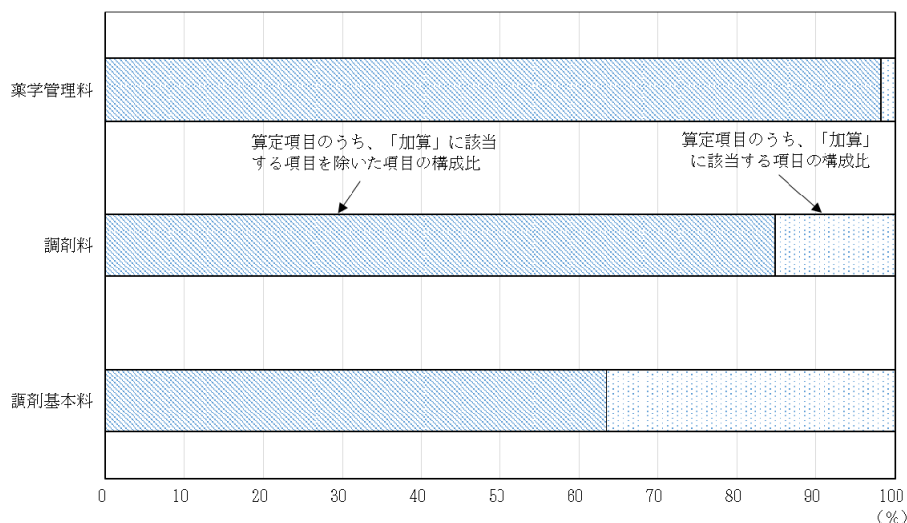
（薬学管理料の算定回数は調剤基本料に準じているが、加算による違いが少ない）

薬学管理料は、調剤基本料や調剤料とは異なり、薬剤師による薬学的管理や服薬指導、情報提供への取組などを評価して算定することができる。しかし、調剤基本料と薬学管理料の算定回数をみると、調剤基本料（2015年6月、調剤基本料1～4）約6,300万回に対し、薬剤服用歴管理指導料（2015年6月、手帳の有無含む）約6,000万回であり、実質的には、薬学管理料も処方せん枚数に応じて算定されていることになる。

ただし、先に確認した調剤基本料の場合であれば、施設要件等に対する加算分が約40%を占め、調剤料の場合であれば、調剤技術等に対する加算が約15%²⁰を占めていたが、薬学管理料は、各種加算が少なく、薬剤服用歴管理指導料だけで、薬学管理料全体の約98%を占めている。薬学管理料は、調剤基本料や調剤料と異なり、処方せん1枚における算定点数に大きな違いが出ない構造になっている（図表1-33）。

²⁰ 調剤料には、一包化加算（内服薬）、夜間・休日等加算、自家製剤加算（12種類）等、約35種類に及ぶ加算が設定されている。

図表 1-33 調剤基本料、調剤料、薬学管理料に占める「加算」項目の割合（2015年6月分）



- (備考) 1. 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」により作成。
 2. 薬学管理料、調剤料、調剤基本料において、それぞれの算定項目のうち「加算」に該当する項目と、「加算」に該当する項目を除いた項目の構成比を図示している。
 3. 「在宅患者緊急時等共同指導料」の文言を含んでいる算定項目と「退院時共同指導料」は、本報告書では除外した。

（「かかりつけ薬剤師」への誘導では、包括評価も制度化）

2016年度改定において、「かかりつけ薬剤師」を評価するための項目の改定が行われている。新設された「かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料」は、要件を満たす保険薬剤師を配置していることを条件とする施設基準と、患者の同意書等の作成や担当患者への業務を明記している算定要件が定められ、一部の患者要件を満たせば、包括払いも制度化されている。かかりつけ薬剤師の業務を基本業務とみなしていき、包括化を基本とすることが求められる（図表 1-34、35）。

図表 1-34 かかりつけ薬剤師指導料及び包括管理料の点数単価（2016年度改定後）

点数単価	点数単価の比較
かかりつけ薬剤師指導料 70 点	新設（薬剤服用歴管理指導料等と同時算定不可） ① 2016年度 薬剤服用歴管理指導料（手帳有）との比較：20点増額 ② 2015年度 薬剤服用歴管理指導料（手帳有）との比較：29点増額 ²¹
かかりつけ薬剤師包括管理料 270 点	新設（包括評価） ① 2015年6月「算定1回当たり技術料」との比較：40点増額 ²²

(備考) 厚生労働省「平成 28 年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要」、「社会医療診療行為別統計」により作成。

²¹ 2016年度改定で、薬剤服用歴管理指導料（手帳有）は、41点から50点へ9点増額している。

²² 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」を使用し、「1. 2. 外来投薬に係る技術料の費用構造の分析」で用いた手法で、2015年6月の院外処方時（調剤報酬分）「算定1回当たり技術料」を試算すると、230点となる。かかりつけ薬剤師包括管理料は、2015年6月の「算定1回当たり技術料」と比べると、40点の増額となる。

図表 1-35 かかりつけ薬剤師指導料及び包括管理料の評価要件（2016 年度新設）

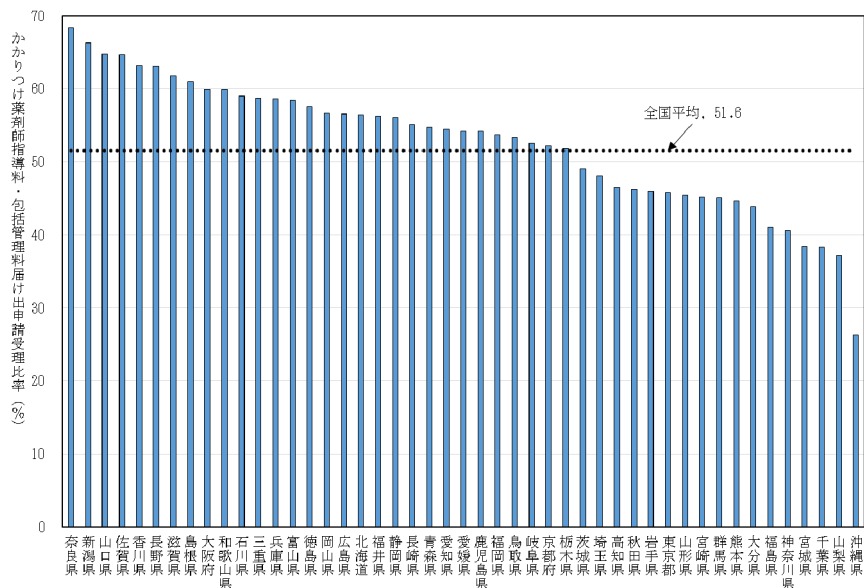
	かかりつけ薬剤師指導料 (出来高)	かかりつけ薬剤師包括管理料 (包括)
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得たうえで、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。 ・同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。 ・患者 1 人に対して、1 カ所の薬局における 1 人の薬剤師のみが算定できる。 ・手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先等を記載する。 ・担当患者に対して以下の業務を実施する。 <ul style="list-style-type: none"> ○薬剤服用歴管理指導料に係る業務。 ○患者が受診しているすべての保険医療機関、服用薬等の情報を把握。 ○担当患者から24時間相談に応じる体制を取り、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付。 ○調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案。 ○必要に応じて患者の家を訪問して服用薬の整理等を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象患者は、地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者とする。 ・かかりつけ薬剤師指導料の算定要件を満たしていること。 ・調剤の都度患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。 <ul style="list-style-type: none"> ○保険薬剤師としての3年以上の薬局勤務経験。 ○当該保険薬局に32時間/週以上勤務。 ○当該保険薬局に6月以上在籍。 ・研修認定制度等の研修認定を取得していること（2017年4月1日より）。 ・医療に係る地域活動の取組に参加していること。 	
包括範囲	<ul style="list-style-type: none"> ・下記以外は包括 <ul style="list-style-type: none"> ○時間外等加算、夜間・休日等加算 ○在宅患者調剤加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料 ○退院時共同指導料 ○薬剤料及び特定保険材料料 	

（備考）厚生労働省「平成 28 年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要」により作成。

かかりつけ薬剤師指導料や包括管理料を算定するための施設基準を満たしている保険薬局は全国で約 50%であるが、都道府県別で比較すると、比率の高い奈良（67.3%）、新潟（65.1%）から宮城（31.8%）、沖縄（25.0%）まで地域差がある（図表 1-36）。

また、届出申請受理数は、かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料を算定するため届出に過ぎず、実態として、かかりつけ薬剤師機能を発揮し、算定されるか否か、今後の動きを確認する必要がある。

図表 1-36 全保険薬局に占めるかかりつけ薬剤師指導料及び包括管理料届出受理数の比率
(都道府県別、2016年度改定後)



(備考) 1. 各地方厚生(支)局「届出受理医療機関名簿」(2017年3月6日アクセス)により作成。
2. 東北厚生局、関東信越厚生局は2017年1月1日現在。近畿厚生局、中国厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、東海北陸厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。

(調剤報酬の技術料に占める薬学管理料の構成比率は低い)

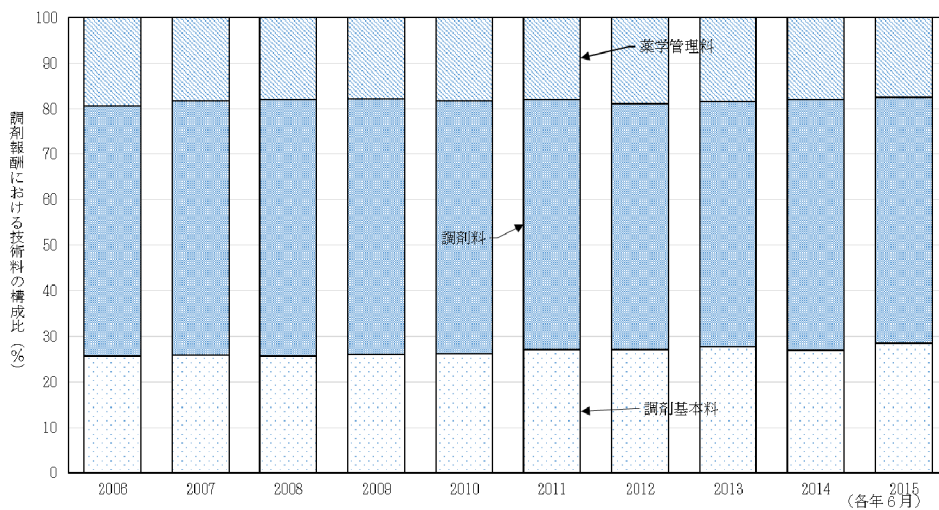
これまで調剤報酬における技術料の構造をみてきたが、その構成比をみると、調剤技術料(28.5%)、調剤料(54.0%)と比べて、薬学管理料(17.5%)の比率は低い。時系列でも、2006年(19.4%)から2016年(17.5%)にかけて低下している。

厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」(2015年10月23日)によると、患者本位の医薬分業を実現するというビジョンとして、①立地から機能へ、②対物業務から対人業務へ、③バラバラから一つへ、といった考え方が示されている。

この方針からすれば、施設要件の充実と調剤数量が技術料の決定要因となる構造を改める必要がある。まずは、調剤基本料や調剤料に充てられている報酬を引下げ、薬学管理料の加算部分として充当する(技術料に占める薬学管理料比率の引上げ)ことで、取組を促進することが一案として考えられる。

一方、対人業務を充実させることは、薬剤師の本来業務であり、あえて加算扱いにすることは、薬局による不要なサービスの過剰供給要因につながる懸念もある。先にみた通り、かかりつけ薬剤師に関しては、既に包括評価が制度化されている。導入したとしても、加算によるインセンティブは経過措置として用い、薬学的管理・指導の実績がある程度進めば、対人業務を包括化することも考えられる。

図表 1-37 調剤報酬における技術料の構成比



(備考) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」により作成。