

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第114回）  
議事次第

平成19年12月5日（水）

於 はあといん乃木坂フルール

議 題

- 後発医薬品使用促進のための環境整備の骨子について
- 調剤報酬等について

# 後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子（案）

## 第1 基本的考え方

- 1 これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せんに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設け、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品を後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくするなどの対応を行ってきたが、後発医薬品に変更された処方せんの割合はまだ低い。
- 2 このような状況を踏まえ、平成20年度診療報酬改定においては、これまでの診療報酬基本問題小委員会における議論に基づき、後発医薬品の更なる使用促進のために、以下のような環境整備を行うこととする。

## 第2 具体的内容

### 1 処方せん様式の変更

- (1) 処方せんの様式を変更し、処方医が、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、その意思表示として、所定のチェック欄（以下「後発医薬品への変更不可」欄という。）に、署名又は記名・押印することとする。（別紙1）
- (2) また、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更には差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名又は記名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。（別紙2及び3）

(3) 薬局においては、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せん（以下「「変更不可」欄に署名等がない処方せん」という。）を受け付けた場合は、患者の選択に基づき、先発医薬品（処方医が変更不可とした先発医薬品を除く。）を、後発医薬品に変更することができることとする。

## 2 「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品の薬局での銘柄変更調剤

(1) 処方医が、処方せんに記載した後発医薬品の一部について他の銘柄の後発医薬品への変更にし支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該後発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。

(2) また、後発医薬品の銘柄処方が多いことによる薬局の負担に鑑み、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品（処方医が変更不可とした後発医薬品を除く。）については、それを受け付けた薬局の薬剤師が、患者に対して説明し、その同意を得ることを前提に、処方医に改めて確認することなく、別銘柄の後発医薬品を調剤できることとする。

## 3 薬局の調剤基本料の見直しと後発医薬品の調剤率を踏まえた評価

薬局における後発医薬品の調剤を促進する観点から、後発医薬品の調剤に要するコストの負担に鑑み、薬局の調剤基本料を見直した上で、後発医薬品の調剤率（単位期間当たりの全受付処方せんのうち、実際に後発医薬品を調剤した処方せんの割合）が30%以上（注）の場合を重点的に評価することとする。

（注）医療経済実態調査結果速報において、有効回答のあった899施設の後発医薬品の調剤率が平均31.0%であったことから、現在の薬局平均並の後発医薬品の調剤に取り組みば対応可能な調剤率として設定

#### 4 後発医薬品を含む処方に係る処方せん料の見直し

処方せん様式の変更に伴い、「変更不可」欄に署名等がない処方せんが数多く患者に交付されることが予想されることから、これま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（後発医薬品を含む処方の場合は、含まない場合に比し2点高く評価）については見直すこととする。

#### 5 薬局における後発医薬品の分割調剤の実施

後発医薬品に対する患者の不安を和らげるため、薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき初めて先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する際に、患者の同意を得て、短期間、後発医薬品を試せるように分割して調剤することを、新たに、分割調剤を行うことができる場合に追加する（注）こととする。

なお、分割調剤を行った場合には、薬局から処方せんを発行した保険医療機関に、その旨を連絡するものとする。

（注）現在でも、長期投薬に係る処方せん受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割調剤を行うことが可能である。

#### 6 先発医薬品から後発医薬品への変更調剤等に関する薬局から医療機関への情報提供

薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品への変更調剤及び後発医薬品の銘柄変更調剤を行った場合には、後発医薬品調剤加算（注）を算定するに当たって、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。

（注）後発医薬品調剤加算

後発医薬品を調剤した場合に、調剤料の所定点数に1調剤につき2点を加算する。

7 後発医薬品の使用促進を目的とした、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則、保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

(1) 薬局において、後発医薬品の調剤がより促進されることを確保するため、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等に以下の事項を規定することとする。

ア 保険薬剤師は、受け付けた処方せんに記載された先発医薬品について、既に後発医薬品が薬価収載されており、かつ、処方医が、当該先発医薬品の後発医薬品への変更を不可としていない場合には、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行うこと

イ 保険薬局は、後発医薬品の備蓄など、後発医薬品の調剤に必要な体制を確保するよう努めるとともに、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならないこと

(2) また、保険医に、できるだけ後発医薬品の使用を考慮してもらうため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、保険医は、投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない旨を規定することとする。

(別紙 1) 新たな処方せんの様式 (案)

様式第二号 (第二十三条関係)

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号																					保険者番号																				
公費負担医療の受給者番号																					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号																				

患者	氏名							保険医療機関の所在地及び名称		
	生年月日	明大 監平	年	月	日	男・女	電話番号			
	区分	被保険者	被扶養者				保険医氏名			
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

処方											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考	<p>現行の「後発医薬品への変更可」から変更</p>										
	<p>後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更不可の場合、以下に署名</p>										
	<p>保険医署名</p>										

調剤済年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号															
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名					公費負担医療の受給者番号															

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番とすること。  
 3. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令 (昭和51年厚生省令第36号) 第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

- 注 1) 処方医が、先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名又は記名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載する。
- 注 2) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名等がない処方せんの場合には、受け付けた薬局の薬剤師が、当該処方せんに記載された後発医薬品を別銘柄の後発医薬品に変更して調剤できることとする。この場合において、処方医が、後発医薬品の一部について他の銘柄の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該後発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載する。
- 注 3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供する。

(別紙2) 処方医が、処方せんに記載した一部の医薬品について、後発医薬品等への変更にし支えがあると判断した場合の記載例

処方	A錠 (先発医薬品) 1日2回朝夕食後	2錠 14日分	
	B錠 (先発医薬品) 1日1回朝食後	1錠 14日分	変更不可
	C錠 (後発医薬品) 1日2回朝夕食後	2錠 14日分	
	D錠 (後発医薬品) 1日1回朝食後	1錠 14日分	変更不可
備考	処方せんに記載した一部の医薬品について後発医薬品等への変更を不可とする場合は、この欄に署名等を行わない。		
	後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更不可の場合、以下に署名		
	保険医署名		

- 注1) A錠 (先発医薬品) については、患者の選択に基づき、薬局において後発医薬品に変更可能。  
他方、B錠 (先発医薬品) については、薬局において後発医薬品に変更することはできない。
- 注2) C錠 (後発医薬品) については、薬局の薬剤師が銘柄の選択理由について適切に説明を行い、患者が同意した場合には、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更可能。  
他方、D錠 (後発医薬品) については、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更することはできない。
- 注3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供する。

(別紙3) 一部の医薬品について変更不可とする場合のその他の記載例

処 方	<p>A錠 (先発医薬品)                      2錠 1日2回朝夕食後                      14日分</p> <p>* B錠 (先発医薬品)                      1錠 1日1回朝食後                      14日分</p> <p>C錠 (後発医薬品)                      2錠 1日2回朝夕食後                      14日分</p> <p>* D錠 (後発医薬品)                      1錠 1日1回朝食後                      14日分</p> <p>(注) * を付してある医薬品は、変更不可</p>
備 考	<p>処方せんに記載した一部の医薬品について後発医薬品等への変更を不可とする場合は、この欄に署名等を行わない。</p> <p>後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更不可の場合、以下に署名</p> <p>保険医署名</p>

- 注1) A錠 (先発医薬品) については、患者の選択に基づき、薬局において後発医薬品に変更可能。  
他方、B錠 (先発医薬品) については、薬局において後発医薬品に変更することはできない。
- 注2) C錠 (後発医薬品) については、薬局の薬剤師が銘柄の選択理由について適切に説明を行い、患者が同意した場合には、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更可能。  
他方、D錠 (後発医薬品) については、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更することはできない。
- 注3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供する。



# 後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子について(案)

(参考資料)

第16回医療経済実態調査(医療機関等調査)結果速報—平成19年6月実施— から抜粋

(6)保険薬局 後発医薬品割合別の収支状況

調剤割合 全体 (集計2)

(1施設当たり収支)

	9%以下		10~19%		20~29%		30~39%		40~49%		50~59%		60~69%		70~100%		全体	
	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率
	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%
I 収入	14,209	100.0	11,946	99.9	12,501	100.0	12,296	99.3	9,571	99.9	10,746	99.8	9,466	99.8	9,675	98.8	11,935	99.7
1. 保険調剤収入	12,948	91.1	10,331	86.4	11,779	94.2	11,845	95.7	9,282	96.9	10,268	95.4	9,233	97.3	9,407	96.0	11,167	93.3
2. 公害等調剤収入	21	0.1	14	0.1	67	0.5	30	0.2	5	0.1	35	0.3	21	0.2	48	0.5	32	0.3
3. その他の薬局事業収入	1,240	8.7	1,602	13.4	655	5.2	421	3.4	284	3.0	443	4.1	211	2.2	220	2.2	736	6.2
II 介護収入	7	0.0	17	0.1	4	0.0	85	0.7	5	0.1	22	0.2	19	0.2	122	1.2	30	0.3
1. 居宅サービス収入	7	0.0	17	0.1	4	0.0	33	0.3	5	0.1	22	0.2	17	0.2	24	0.2	14	0.1
2. その他の介護収入	0	0.0	0	0.0	0	0.0	53	0.4	0	0.0	0	0.0	2	0.0	98	1.0	16	0.1
III 費用	12,967	91.2	10,988	91.9	11,946	95.5	11,502	92.9	9,095	95.0	9,993	92.8	8,844	93.2	9,030	92.2	11,122	93.0
1. 給与費	2,039	14.3	1,930	16.1	1,958	15.7	1,834	14.8	1,777	18.6	1,921	17.8	1,765	18.6	1,779	18.2	1,907	15.9
2. 医薬品等費	9,566	67.3	8,022	67.1	8,769	70.1	8,510	68.7	6,405	66.9	7,159	66.5	6,160	64.9	6,407	65.4	8,098	67.7
3. 委託費	47	0.3	12	0.1	39	0.3	49	0.4	16	0.2	50	0.5	29	0.3	37	0.4	37	0.3
4. 減価償却費	109	0.8	119	1.0	128	1.0	117	0.9	138	1.4	118	1.1	107	1.1	92	0.9	117	1.0
(再掲)建物減価償却費	47	0.3	46	0.4	53	0.4	37	0.3	31	0.3	47	0.4	44	0.5	33	0.3	43	0.4
(再掲)調剤用機器減価償却費	21	0.2	24	0.2	24	0.2	28	0.2	24	0.3	20	0.2	27	0.3	24	0.2	24	0.2
5. その他の経費	1,207	8.5	905	7.6	1,051	8.4	991	8.0	759	7.9	744	6.9	783	8.3	716	7.3	963	8.0
IV 収支差額(I+II-III)	1,249	8.8	975	8.1	560	4.5	879	7.1	482	5.0	775	7.2	641	6.8	766	7.8	843	7.0
後発医薬品調剤割合	2.6%	—	15.5%	—	25.0%	—	34.5%	—	44.0%	—	55.2%	—	64.6%	—	83.2%	—	31.0%	—
施設数	210	—	94	—	165	—	130	—	90	—	75	—	59	—	76	—	899	—

(注)「後発医薬品調剤割合」とは、全処方せん枚数に占める後発医薬品を調剤した処方せん枚数の割合である。

- 1 -

備蓄割合 全体 (集計2)

(1施設当たり収支)

	4%以下		5~9%		10~14%		15~19%		20~29%		30~100%		全体	
	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率
	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%	千円	%
I 収入	11,428	99.5	11,747	99.9	12,610	99.9	12,784	99.3	10,035	99.8	11,141	100.0	11,935	99.7
1. 保険調剤収入	10,835	94.3	10,864	92.4	11,676	92.5	12,038	93.5	9,729	96.8	10,893	97.7	11,167	93.3
2. 公害等調剤収入	50	0.4	29	0.2	35	0.3	20	0.2	18	0.2	21	0.2	32	0.3
3. その他の薬局事業収入	543	4.7	854	7.3	899	7.1	726	5.6	287	2.9	227	2.0	736	6.2
II 介護収入	60	0.5	9	0.1	10	0.1	94	0.7	17	0.2	4	0.0	30	0.3
1. 居宅サービス収入	21	0.2	9	0.1	5	0.0	36	0.3	17	0.2	4	0.0	14	0.1
2. その他の介護収入	40	0.3	0	0.0	5	0.0	58	0.4	0	0.0	0	0.0	16	0.1
III 費用	10,422	90.7	10,985	93.4	11,797	93.5	12,108	94.0	9,160	91.1	10,320	92.6	11,122	93.0
1. 給与費	1,641	14.3	1,960	16.7	2,058	16.3	1,826	14.2	1,815	18.1	2,019	18.1	1,907	15.9
2. 医薬品等費	7,737	67.3	7,990	68.0	8,543	67.7	8,988	69.8	6,386	63.5	7,108	63.8	8,098	67.7
3. 委託費	12	0.1	21	0.2	54	0.4	78	0.6	14	0.1	57	0.5	37	0.3
4. 減価償却費	96	0.8	112	1.0	116	0.9	124	1.0	166	1.7	132	1.2	117	1.0
(再掲)建物減価償却費	38	0.3	40	0.3	46	0.4	46	0.4	65	0.6	25	0.2	43	0.4
(再掲)調剤用機器減価償却費	25	0.2	22	0.2	26	0.2	24	0.2	23	0.2	30	0.3	24	0.2
5. その他の経費	935	8.1	902	7.7	1,027	8.1	1,092	8.5	779	7.8	1,005	9.0	963	8.0
IV 収支差額(I+II-III)	1,066	9.3	771	6.6	823	6.5	771	6.0	891	8.9	825	7.4	843	7.0
後発医薬品備蓄割合	2.6%	—	7.7%	—	12.3%	—	17.0%	—	23.6%	—	40.2%	—	11.7%	—
施設数	144	—	284	—	245	—	131	—	68	—	27	—	899	—

(注)「後発医薬品備蓄割合」とは、全調剤用備蓄医薬品品目に占める後発医薬品品目数の割合である。

## 調剤報酬等について

### 第1 調剤報酬改定に係る診療報酬基本問題小委員会におけるこれまでの議論等

- 1 これまでに、在宅での緩和ケアを推進する上で薬剤師が行う麻薬管理等の支援及び薬局の役割等、時間外調剤の評価体系の見直し、後期高齢者医療における薬剤師の取組、後発医薬品の使用促進のために行う薬剤師の取組及び果たすべき役割等について、調剤報酬の在り方を議論してきたところ。(別紙：基本問題小委員会においてこれまでに提示された論点等の概要)
- 2 以上を踏まえつつ、個別の調剤報酬の在り方について議論することとしてはどうか。

### 第2 調剤報酬の個別項目の在り方について（具体的な検討内容）

- 1 調剤基本料及び基準調剤加算等の見直しについて
  - (1) 調剤基本料の基準調剤加算は、患者に対する薬学的管理及び服薬指導、薬剤に関する情報提供、開局時間外の調剤、医薬品の備蓄、麻薬の管理指導等に関する薬局の体制について、評価しているものである。
  - (2) 薬局における後発医薬品の調剤をより進める観点から、薬局の調剤基本料を見直した上で、新たな加算の区分を設け、後発医薬品の調剤率が30%以上の場合を評価することとしてはどうか。
  - (3) 上記に加え、開局時間外の調剤の体制については、輪番制等で対応している場合に比し、閉局時間帯でも医師又は患者の求めに応じて自らの薬局のみで24時間調剤可能な体制を整えている場合の方が、患者の薬歴も確認できる等、より適切な薬学的管理指導が可能であることから、このような取組をより評価することとしてはどうか。

◇現行の調剤報酬上の評価◇

調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 42点

- ・ 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。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき19点を算定
- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険薬局において調剤した場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算

基準調剤加算1 10点

基準調剤加算2 30点

基準調剤加算の施設基準（主なもの）

基準調剤加算1

- ・ 開局時間以外の時間において調剤を行うにつき必要な体制（単独の保険薬局又は地域薬剤師会等において複数の保険薬局により常時調剤ができる体制等）が整備されていること。
- ・ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ・ 十分な数の医薬品（500品目以上）を備蓄していること。

基準調剤加算2（基準調剤加算1の基準に加え、以下の要件を満たすこと）

- ・ 処方せんの受付回数が1月に600回を超える保険薬局については、特定の保険医療機関に係る処方によるものの割合が70%以下であること。
- ・ 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ・ 十分な数の医薬品（700品目以上）を備蓄していること。

2 調剤技術料の時間外加算等について

(1) 現行の時間外加算、休日加算及び深夜加算は、輪番制による当番保険薬局等、救急医療の確保のために調剤を行っているとは認められる保険薬局の場合を除き、夜間、休日又は深夜に開局している薬局については、算定できないこととされている。

(2) 地域の救急医療体制や診療所の夜間開業等に対応する薬局を一層評価する観点から、夜間、休日又は深夜に開局し、調剤を行っている薬局においても、時間外加算等を算定できるようにしてはどうか。

◇現行の調剤報酬上の評価◇

時間外加算： 調剤技術料の100/100に相当する点数を加算

- ・ 開局時間以外の時間（概ね午前8時前及び午後6時以降。ただし、深夜及び休日を除く。）において、調剤を行った場合に算定
- ・ 当該保険薬局が常態として調剤応需の体制をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

休日加算： 調剤技術料の140/100に相当する点数を加算

- ・ 休日（深夜を除く。）において、調剤を行った場合に算定
- ・ 常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。

深夜加算： 調剤技術料の200/100に相当する点数を加算

- ・ 深夜（午後10時から午前6時まで）において、調剤を行った場合に算定
- ・ 常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。

※ いずれの加算についても、輪番制による当番保険薬局等、救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局においては、算定可。

### 3 一包化薬の取扱いについて

(1) 現行の一包化薬の調剤料は、処方医の了解を得た上で、服用時点が異なる2種類以上の内服薬を、服用時点ごとに一包として患者に投与した場合に算定できるとされている。

しかしながら、多くの種類の内服薬が処方されていても、服用時点が全て同一の場合には、処方医の指示に基づき一包化を行っても、一包化薬の調剤料は算定できない状況にある。

(2) 服用時点が異なるか否かにかかわらず、一包化の手間は同様であることから、複数の内服薬が処方されており、一包化が必要な場合には、一包化薬の調剤料を算定できることとしてはどうか。

◇現行の調剤報酬上の評価◇

調剤料

一包化薬 97点

- ・ 2剤以上（服用時点の異なる2種類以上）の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合に、投与日数が7又はその端数を増すごとに所

#### 定点数を算定

- ・ 多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的としたものであり、処方医の了解を得た上で行う。

#### 4 調剤料の自家製剤加算における錠剤の半割の取扱いについて

- (1) 現行の自家製剤加算は、個々の患者に対し市販されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫を行った場合を評価したものである。
- (2) しかしながら、1錠の半量を投与するために錠剤を正確に半分に分ける場合と、錠剤を粉砕し、適切な添加物を加え散剤を製した場合とが同点数（投薬量、投与日数等に関係なく1調剤につき90点）とされていることを踏まえ、錠剤の半割については、投与日数も考慮した上で、自家製剤に要する手間に応じた評価としてはどうか。

#### ◇現行の調剤報酬上の評価◇

##### 調剤料

自家製剤加算（内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。））

(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点

(2) 液剤 45点

- ・ 投薬量、投与日数等に関係なく、自家製剤による1調剤行為に対し算定
- ・ 割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合は算定できない。
- ・ 自家製剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行う。

#### 5 薬剤服用歴管理料及び服薬指導加算の見直しについて

- (1) 現行の「薬剤服用歴管理料」は、患者ごとの薬剤服用歴に基づき、薬剤に関する情報を文書等により患者に提供した上で、「薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合」に算定することとされて

いる。

(2) 他方、薬剤服用歴管理料の加算である「服薬指導加算」は、「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、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合」に算定できるとされているが、薬剤師と対話をした上で服薬指導を受ける患者の立場からは、「薬剤服用歴管理料」と「服薬指導加算」の算定要件の差が分かりにくいとの指摘がある。

(3) ついては、「薬剤服用歴管理料」と「服薬指導加算」を統合し、その中で、「患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導すること」を評価することとしてはどうか。

◇現行の調剤報酬上の評価◇

薬剤服用歴管理料（処方せんの受付1回につき） 22点

- ・ 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、基本的な説明及び指導を行った場合に算定

（服薬指導加算）

- ・ 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必要な指導を行った場合は、所定点数に22点を加算

## 6 長期投薬情報提供料1の見直しについて

(1) 現行の長期投薬情報提供料1は、14日分を超える長期投薬に係る薬剤の安全使用の観点から、患者に薬剤を交付した後、服用期間中に重要な情報（例えば、当該薬剤の使用上の注意の改訂等）を薬局が入手した場合に当該患者に連絡することにつき、患者の同意を得た場合に算定することとされており、実際の情報提供の有無にかかわらず、算定できるものである。

(2) しかしながら、長期投薬情報提供料1の算定回数に比し、実際に患

者等に対して情報提供した回数は1割以下にとどまっていることから、  
 現行の算定要件を見直し、あらかじめ同意の得られた患者に対して、  
 実際に情報提供した場合のみ算定できることとしてはどうか。(図表  
 1)

図表 1 長期投薬情報提供料 1 の算定回数と情報提供回数 (平成 19 年 7 月 1 カ月間)

[N=401]	合計値	1 薬局当たりの 平均値
長期投薬情報提供料 1 の算定回数	10,570	26.4
[再掲] 実際に患者又はその家族に対 して情報提供した回数	947	2.4

出典) 保険局医療課調べ

◇現行の調剤報酬上の評価◇

長期投薬情報提供料

長期投薬情報提供料 1 (処方せんの受付 1 回につき)

服用期間が 14 日又はその端数が増すごとに 18 点

- ・ 患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、処方せん受付時に、当該処方せんに係る服薬期間中に、当該処方せん受付薬局が当該薬剤の使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき患者の同意を得た場合に算定
- ・ 情報提供に当たっては、情報提供の前に処方医に確認する等慎重に対応する。

長期投薬情報提供料 2 (服薬指導 1 回につき) 28 点

- ・ 患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であって、当該患者の次回の処方せん(当初に受け付けた処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。)の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定

7 在宅患者訪問薬剤管理指導等について

(1) 後期高齢者医療に関しては、

ア 入院中の患者に対して、薬局の薬剤師が、退院後の在宅医療を担



う医師、看護師等と共同で、退院後の療養上必要な服薬指導等を行った場合

イ 在宅患者に対する必要な薬学的管理及び指導について、

① 薬剤師が他の医療関係者や介護・福祉関係者と連携、情報共有をして実施した場合

② 臨時処方や医師及び歯科医師の急な求めに応じて実施した場合等を評価することについて、概ね合意が得られたところであるが、75歳未満においてもそのニーズがあると考えられることから、後期高齢者の場合と同様に評価してはどうか。

(2) また、高齢者が多く生活する施設で訪問薬剤管理指導を行う場合の評価についても、訪問にかかる時間的・距離的な負担等が少ないこと等を考慮し、後期高齢者に限らず、適正な評価としてはどうか。

◇現行の調剤報酬上の評価◇

在宅患者訪問薬剤管理指導料

月の1回目の算定の場合 500点

月の2回目以降の算定の場合 300点

- ・ 居宅において療養を行っている患者（通院が困難なものに限る。）に対して、医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定

## 8 麻薬管理指導加算について

(1) 在宅での緩和ケアを推進するためには、在宅における麻薬の服用、保管、廃棄などが確実に行われることが重要であることから、在宅患者に対する麻薬管理指導加算の算定要件に、薬剤師が、定期的な残薬の確認及び廃棄方法に関する指導を行うことを追加してはどうか。

(2) また、麻薬が処方されている外来患者についても、麻薬の服用、保管等が確実に行われるよう、薬剤師が、電話等により定期的に患者に確認するとともに、麻薬の服用に係る薬学的管理及び指導を充実させ

ることとし、外来患者に対する麻薬管理指導加算において、これを評価することとしてはどうか。

◇現行の調剤報酬上の評価◇

在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者の場合）

（麻薬管理指導加算）

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

- ・ 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の服用及び保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定

薬剤服用歴管理料（外来患者の場合）

（麻薬管理指導加算）

麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、所定点数に8点を加算

- ・ 当該患者及びその家族等に対して、麻薬の服用及び保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行った場合に算定

### 第3 有床診療所における薬剤管理指導の評価について

#### 1 現状と課題

- (1) 現在、入院患者に対して薬剤師が行う薬剤管理指導（服薬指導、効果や副作用等に関する状況把握などの薬学的管理）については、施設基準に適合している病院で行った場合のみ、診療報酬上の評価を行っている。
- (2) このため、病院と同等の施設基準を満たす有床診療所において薬剤管理指導を行っても、薬剤管理指導料を算定できないとの指摘がある。

#### ◇現行の診療報酬上の評価◇

B008 薬剤管理指導料 350点

- ・ 病院である保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものに入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定

厚生労働大臣が定める施設基準

- (1) 薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師（2人以上の常勤の薬剤師）が配置されていること。
- (2) 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。
- (3) 入院中の患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。

#### 2 論点

有床診療所においても、現行の薬剤管理指導料に係る病院の施設基準を満たしている場合には、入院患者に対する適切な薬学的管理を行うことが可能と考えられることから、薬剤管理指導料を算定できることとしてはどうか。

## (別紙) 基本問題小委員会においてこれまでに提示された論点等の概要

### 第1 在宅での緩和ケアを推進する上で薬剤師が行う麻薬管理等の支援及び薬局の役割等

- 1 在宅での緩和ケアを推進するために、在宅における麻薬の服用、保管、廃棄などを確実に行うことが重要であり、薬剤師の行う麻薬管理等の支援を更に進めるべきではないか。
- 2 在宅での疼痛緩和を推進するため、保険医療機関の医師の処方せんに基づき、保険薬局で交付することができる注射薬及び特定保険医療材料に、必要な注射薬及びパルーン式ディスポーザブル連続注入器をそれぞれ追加することとしてはどうか。

### 第2 時間外調剤の評価体系の見直し

医療機関の院外処方率が過半数を占めていることから、薬局についても、地域の救急医療体制や診療所の診療時間の延長に対応した調剤の体制を整えるため、時間外調剤の評価体系について見直しを検討してはどうか。

### 第3 後期高齢者医療における薬剤師の取組

#### 1 外来医療

- (1) 薬の相互作用や重複投薬を防ぐため、薬局及び医療機関において、調剤するごとに薬剤の情報や注意事項などが「お薬手帳」に経時的に記載されることとなるような診療報酬体系とすることを検討してはどうか。

具体的には、薬局における調剤の場合、薬剤服用歴管理料と薬剤情報提供料を統合するとともに、その算定要件として、「お薬手帳」への薬剤の情報や注意事項などの記載を義務付けることを検討してはどうか。

- (2) また、薬の相互作用や重複投薬の防止をより推進するため、医師及び薬剤師は、処方又は調剤に際して、「お薬手帳」に記載された薬剤の情報を確認するなど、患者の現在の服薬状況及び薬剤服用歴を把握することを義務付けることを検討して

はどうか。

- (3) 認知機能の低下などの理由で服薬の自己管理が困難な外来患者に対しては、現在も、薬剤師が、処方せんに基づく調剤時の薬の一包化や服薬指導を行っているが、このような薬剤師の取組を一層推進するために、患者が持参した調剤済みの薬剤であっても、薬局において整理し、服薬カレンダーの活用等により日々の服薬管理を支援した場合には、診療報酬上評価することを検討してはどうか。

## 2 入院医療

地域連携退院時共同指導料について、薬局の薬剤師が共同指導に参加した場合も評価することとしてはどうか。

## 3 在宅医療

- (1) 薬の飲み忘れ等を防止するため、薬剤師が、患家を計画的に訪問し、服薬カレンダーの活用や薬の一包化等により、患者本人や家族、介護を担う者による服薬管理等を支援することを一層推進するために、そのような取組を評価することとしてはどうか。
- (2) また、患者の病状が変化し、臨時の処方が行われ調剤する場合や医師及び歯科医師の急な求めに応じて薬剤師が患家を訪問した場合について、評価することとしてはどうか。
- (3) 高齢者が多く生活する施設で在宅患者訪問薬剤管理指導を行う場合の評価については、訪問にかかる時間的・距離的な負担等が少ないこと等を考慮し、適正な評価としてはどうか。

## 第4 後発医薬品の使用促進のために行う薬剤師の取組及び果たすべき役割

(後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子(案)より)

### 1 処方せん様式の変更

(1) 薬局においては、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せん（以下「変更不可」欄に署名等がない処方せん」という。）を受け付けた場合は、患者の選択に基づき、処方医が変更不可とした先発医薬品以外の先発医薬品を、後発医薬品に変更することができることとする。

## 2 「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品の薬局での銘柄変更調剤

後発医薬品の銘柄処方が多いことによる薬局の負担に鑑み、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品については、それを受け付けた薬局の薬剤師が、患者に対して説明し、その同意を得ることを前提に、処方医に改めて確認することなく別銘柄の後発医薬品を調剤できることとする。

## 3 薬局の調剤基本料の見直しと後発医薬品の調剤率を踏まえた評価

薬局における後発医薬品の調剤を促進する観点から、後発医薬品の調剤に要するコストの負担に鑑み、薬局の調剤基本料を見直した上で、後発医薬品の調剤率（単位期間当たりの全受付処方せんのうち、実際に後発医薬品を調剤した処方せんの割合）が30%以上の場合を重点的に評価することとする。

## 4 薬局における後発医薬品の分割調剤の実施

後発医薬品に対する患者の不安を和らげるため、薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき初めて先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する際に、患者の同意を得て、短期間、後発医薬品を試せるように分割して調剤することを、新たに、分割調剤を行うことができる場合に追加することとする。

なお、分割調剤を行った場合には、薬局から処方せんを発行した保険医療機関に、その旨を連絡するものとする。

## 5 先発医薬品から後発医薬品への変更調剤等に関する薬局から医療機関への情報提供

薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品への変更調剤及び後発医薬品の銘柄変更調剤を行った場合には、後発医薬

品調剤加算を算定するに当たって、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。

## 6 後発医薬品の使用促進を目的とした、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正

薬局において、後発医薬品の調剤がより促進されることを確保するため、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等に以下の事項を規定することとする。

- (1) 保険薬剤師は、受け付けた処方せんに記載された先発医薬品について、既に後発医薬品が薬価収載されており、かつ、処方医が、当該先発医薬品の後発医薬品への変更を不可としていない場合には、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行うこと。
- (2) 保険薬局は、後発医薬品の備蓄など、後発医薬品の調剤に必要な体制を確保するよう努めるとともに、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならないこと。

中央社会保険医療協議会・薬価専門部会意見陳述資料

## 次期薬価制度改革等に関する意見

平成19年12月5日

(社) 日本医薬品卸業連合会

会長 松谷高顕



## 1 基本的考え方

我が国の国民皆保険制度は世界に誇る制度であり、その維持・充実に最大限の努力を払うべきであると考えている。

薬価基準制度は、公的医療保険制度と市場経済をつなぐ役割を担い、国民皆保険制度の運営に重要な機能を果たしている。したがって、その運用に当たっては、公的医療保険制度と市場経済の調和を図るため、安定・公正のための規制と、自由・効率の尊重という、時に矛盾する理念の実現が要求されており、医療用医薬品流通は、市場経済の中であって、これらの理念に照らして改善しなければならない種々の問題を抱えている。

今回、流通改善懇談会は長年にわたる流通問題の解決のための緊急提言を公表した。医療用医薬品流通の中核を担う卸業界としては、これを真摯に受け止め、メーカー及び医療機関・薬局との誠実な価格交渉等を通じ、流通改善懇談会の緊急提言を実現するために努力したいと考える。

中央社会保険医療協議会を始め行政、医療関係者、医薬品産業関係者の理解と指導をお願いしたい。

## 2 薬価基準制度のあり方について

薬価基準制度のあり方については、薬価の合理的設定、有用な医薬品の安定的な供給、新薬開発の促進等を主眼にして国民医療の確保・向上を促進するように設計されることが必要であると考えます。

どのような薬価基準制度を採用するにしても、薬剤の償還価格基準としての機能を果たす限りにおいて、市場実勢価格主義の原則を堅持することが重要であると考えます。しかし、新薬開発のインセンティブが強く求められていること、診療報酬支払の包括化、DPCの普及などにより出来高払い制度の縮小が進行し、薬剤の償還価格基準としての意義が後退していることなどに伴い、薬価基準制度の設計・運用は新しい視点で検討される必要性が高まっていると考えます。

薬価基準制度の見直しに当たっては、現行制度の問題点を検証した上で関係者の意見を十分に踏まえ、透明性のある議論が確保されることを強く要望する。

## 3 市場実勢価格主義の尊重

薬価基準制度の大きな原則は、市場実勢価格主義である。その原則を堅持するためには、市場を通じた取引により形成される価格が

その医薬品の価値を反映した価格であることが肝要であり、取引当事者には、市場実勢価の的確かつ公正な形成のための努力が求められているものと考える。

したがって、専ら財政的な見地に立って、薬価調査で得られた市場実勢価によらない長期収載医薬品の特例引き下げや不合理な市場拡大再算定による引き下げを行うことは、薬価基準制度に対する関係者の信頼を著しく裏切るものである。また、本来、特例措置として行われたものであるにも拘らず、特例引き下げがあたかもルール化されているような扱いになってることに大きな疑問を感じている。

次回の薬価改定ではこのようなことがないように強く要望する。

#### 4 調整幅について

薬価基準制度の安定的運営の見地から、現行の流通安定のための調整幅2%を維持すべきであると考えます。

調整幅の趣旨は、銘柄内の包装間格差等による合理的な流通コストの差異をカバーすることにより逆ザヤの発生を防ぐことにあり、医療機関・薬局の経営原資となっていた過大な薬価差益の段階的解消を図るために設けられたR幅とはその性格を異にするものである。  
この点についての関係者の理解が不十分であり、今後、調整幅の在

り方やその水準について、議論を深める必要があると考える。

なお、調整幅には医療機関等の薬剤管理コストは含まれていないが、薬剤管理コストは診療報酬・調剤報酬の内容として検討すべきものであると考える。

## 5 総価取引の是正

「競合品のない新薬であっても現行薬価制度のもとでは、総価取引の影響などで薬価が循環的に下がっていくことをどのように考えるか」ということが「次期薬価制度改革主要検討事項」の一つとされた。指摘のとおり、医薬品の価格を取引の対象となる他の医薬品とまとめて決める総価取引は、個別の医薬品の価値に見合った市場価格が形成されず、競合品のない新薬であっても価格が際限なく低下する可能性を生む。

これは、流通改善懇談会の緊急提言にあるように、価値と価格が反映された取引によって新薬開発の原資となる資金が回収されるという循環的サイクルの成立を阻害することになる。特に、競合品のない新薬などは単品単価取引を原則とし、総価取引が行われる場合でもその対象から除外する措置を講じる必要がある。総価取引の是正は、市場実勢価格主義を尊重する観点から極めて重要であると認

識している。

したがって、流通改善懇談会の緊急提言に即し、総価取引の是正を図る必要がある。については、卸を始めとする流通当事者の努力は当然として、公的医療保険制度の適正な運営の観点から、行政の適切な関与・指導と中医協の理解と支援を求める次第である。

## 6 採算性の乏しい医薬品

採算性の乏しい薬価となった局方品や補液などのエッセンシャルドラッグ、漢方薬などは、医療上不可欠あるいは有用であるにもかかわらず生産が中止になり、卸による供給が困難になる恐れが生じている。

未だ最低薬価が設定されていない製品の最低薬価の設定や、最低薬価が設定されていてもその水準では採算性の乏しい製品の最低薬価の引き上げ等、最低薬価制度の適正な運用を図り、国民医療に必要な医薬品の確保に支障のないようご配慮をお願いしたい。

なお、流通改善懇談会の緊急提言にあるように、採算性の乏しい医薬品についても、競合品のない新薬と同様に、総価取引の影響により市場実勢価がその本来の価値に反して低下することを防ぐため、総価取引の対象から除外する必要があると考える。

## 7 後発品の使用促進

後発品の使用促進は、重要な行政課題であり、卸としても可能な限り協力してまいりたい。については、後発品の使用促進を図るための行政施策の充実を希望する次第である。

卸が後発品の普及に取り組む上で、同一成分の後発品の品目数が多いため、すべての製品を品揃えすることは困難である。同一成分の後発品の品目数の上限設定など適切な措置を講じて頂きたいと考える。

## 8 頻回改定

薬価改定は、診療報酬改定と同時に行うことが適当であるという議論もあり、薬価の頻回改定については、少なくとも、未妥結仮納入問題等が改善し、薬価調査の信頼性が確保されることを前提に検討されるべきものであると考える。

すなわち、中医協の要請に基づき流通改善懇談会が取りまとめた緊急提言に従い、メーカー、卸及び医療機関・薬局の流通当事者が共通の認識に立ち、指摘された問題点を改善することが重要であり、薬価の頻回改定は、このような未妥結仮納入や総価取引の改善・是正の取組みの成果等を確認した後に議論することが適当である。ま

た、薬価改定は多大な社会的コストを要するので、相応の財政的措置を講じていただければ、これまで以上の頻度で改定を行うことについては、卸として反対である。

したがって、当面は流通当事者の真摯な努力を注視していただきたい。併せて、行政当局の適切な関与・指導を望みたい。