

# 平成22年度調剤報酬改定及び 薬剤関連の診療報酬改定について

厚生労働省保険局医療課

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 **+0.19%** (約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) **+1.55%** (約5,700億円)

医科 **+1.74%**  
(約4,800億円)

入院 **+3.03%**  
(約4,400億円)  
外来 **+0.31%**  
(約400億円)

**急性期入院医療に概ね4000億円を配分**

歯科 **+2.09%** (約600億円)

調剤 **+0.52%** (約300億円)

薬価等 **▲1.36%** (約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 1. 重点課題

- ・ **救急、産科、小児、外科等の医療の再建**
- ・ 病院勤務医の負担軽減

### 2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

### 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

## 4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

# 平成22年度調剤報酬改定の概要

# 処方せん1枚当たり薬剤料の伸び(3要素分解)

内服薬の処方せん1枚当たり薬剤料4,706円を、処方せん1枚当たり薬剤種類数、投薬日数、1種類1日当たり薬剤料に分解すると、各々2.85、18.8日、88円となっている。

また、内服薬の処方せん1枚当たり薬剤料の伸び率3.0%を、処方せん1枚当たり薬剤種類数の伸び率、投薬日数の伸び率、1種類1日当たり薬剤料の伸び率に分解すると、各々0.8%、5.3%、▲3.0%となっている。処方せん1枚当たり薬剤料の伸びは、投薬日数の伸びの影響が大きい。

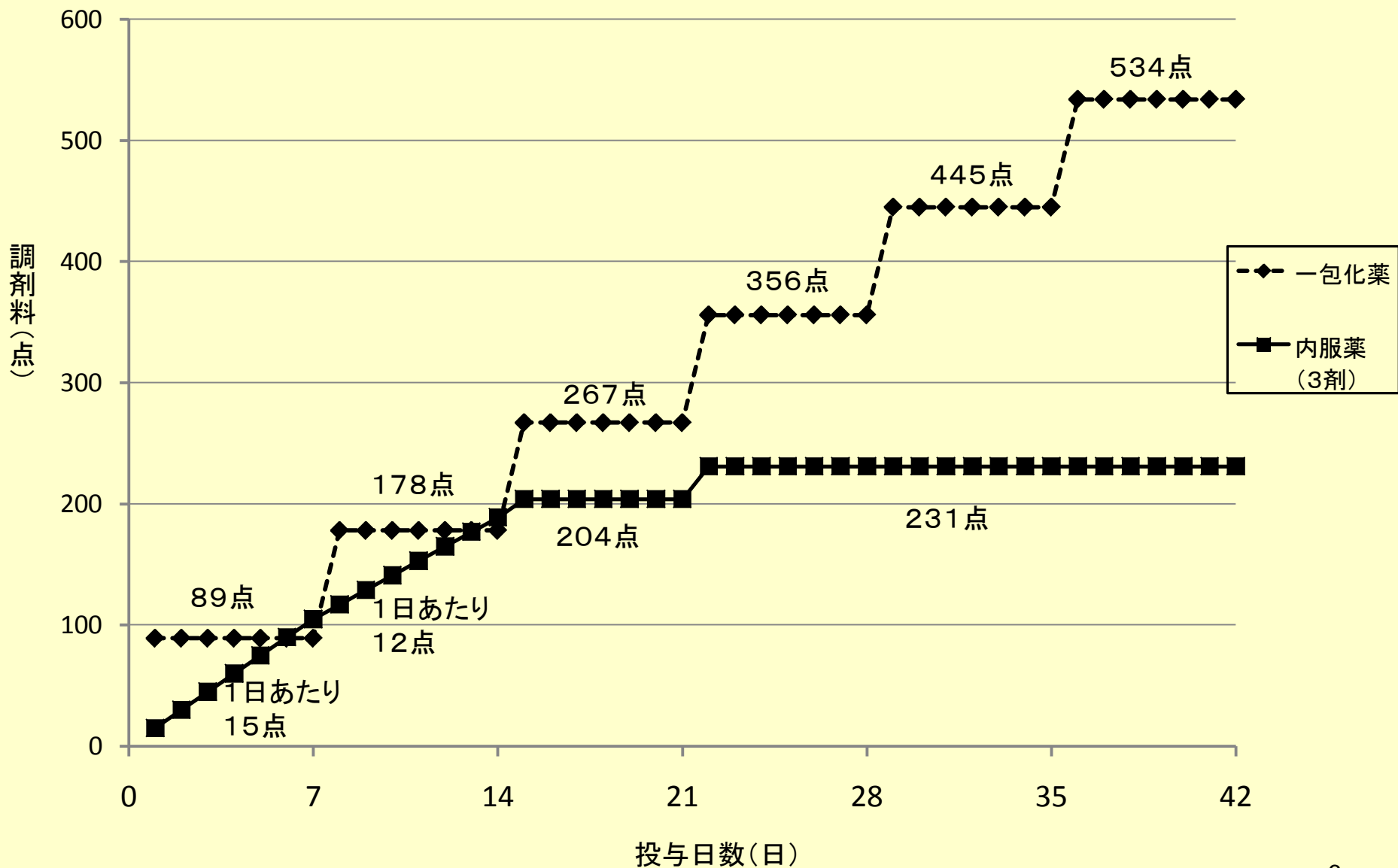
平成	実数				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
内服薬 処方せん 1枚当たり薬剤料(円)	4,296	4,243	4,571	4,706	▲1.2	7.7	3.0
処方せん 1枚当たり薬剤種類数	2.77	2.80	2.83	2.85	1.0	1.1	0.8
投薬日数(日)	16.7	17.3	17.9	18.8	3.2	3.5	5.3
1種類1日当たり薬剤料(円)	93	88	90	88	▲5.3	2.9	▲3.0

# 一包化薬調剤料及び内服薬調剤料の見直し

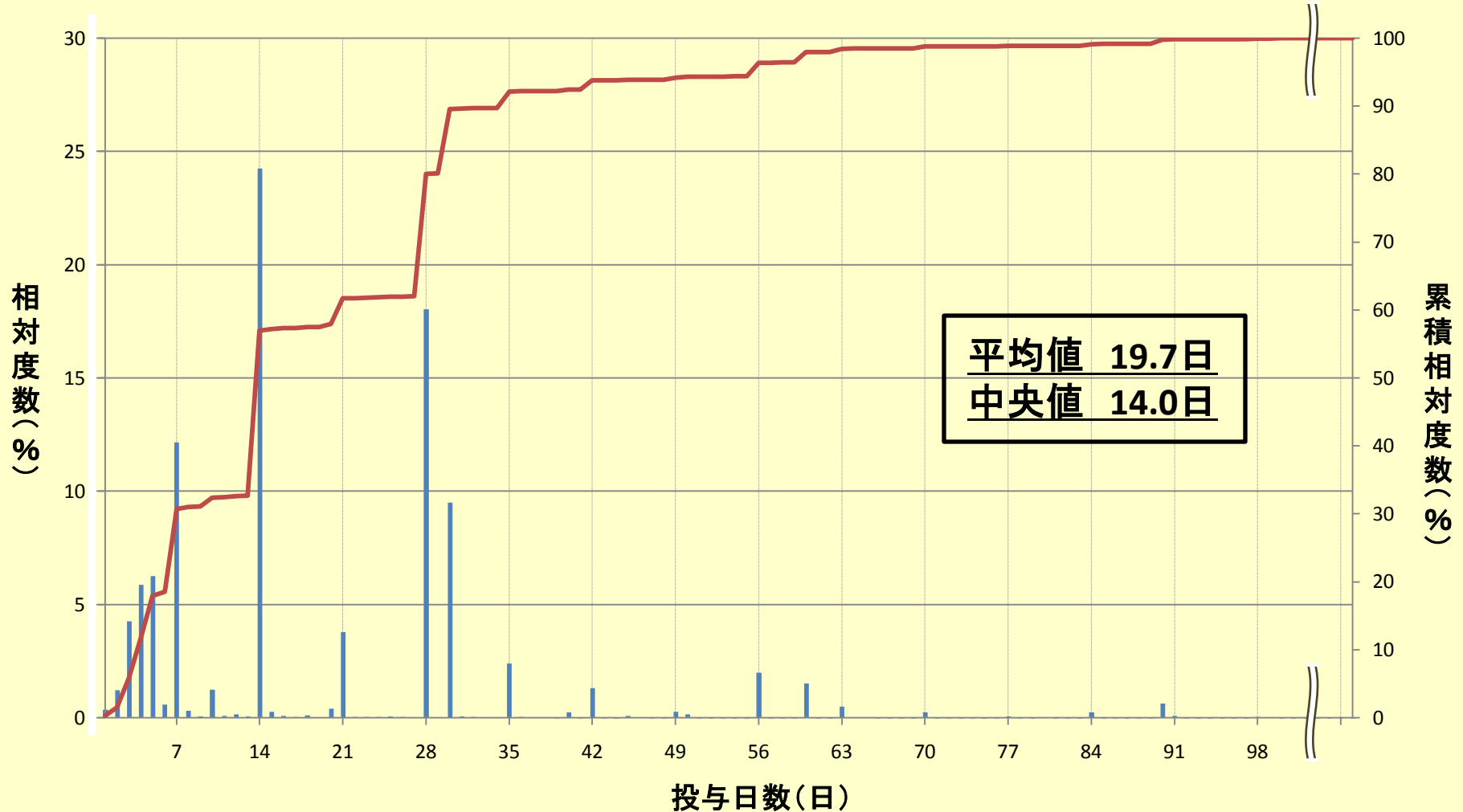
長期投薬時における一包化薬調剤料と内服薬調剤料の差を縮めるため、一包化薬調剤料を廃止し、内服薬調剤料の加算として位置付けた上で長期投薬時の評価を適正化することで、患者に分かりやすい点数体系とする。また、併せて、長期投薬の増加を踏まえ、現行22日分以上の調剤料が一律となっている内服薬調剤料について適切な評価を行う。

現 行	改定案
<p>【内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く）】（1剤につき）</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分 （1日分につき） 5点</p> <p>(2) 8日目以上の部分 （1日分につき） 4点</p>	<p>【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く）】 （1剤につき）</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点</p> <p>(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点</p>
<p>ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点</p> <p>ハ 22日分以上の場合 77点</p>	<p>□ 15日分以上 21日分以下の場合 71点 (改)</p> <p>ハ 22日分以上 30日分以下の場合 81点 (改)</p> <p>ニ 31日分以上の場合 89点 (新)</p>
<p>【一包化薬】 89点</p> <p>2剤以上*の内服薬又は1剤で3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</p> <p>* 服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。</p>	<p>【一包化加算】 (改)</p> <p>注 2剤以上*の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合は、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次の点数を所定点数に加算</p> <p>イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに 30点を加算して得た点数</p> <p>□ 57日分以上の場合 270点</p> <p>* 服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。</p>

# 一包化薬と内服薬(3剤)の投与日数ごとの調剤料の比較



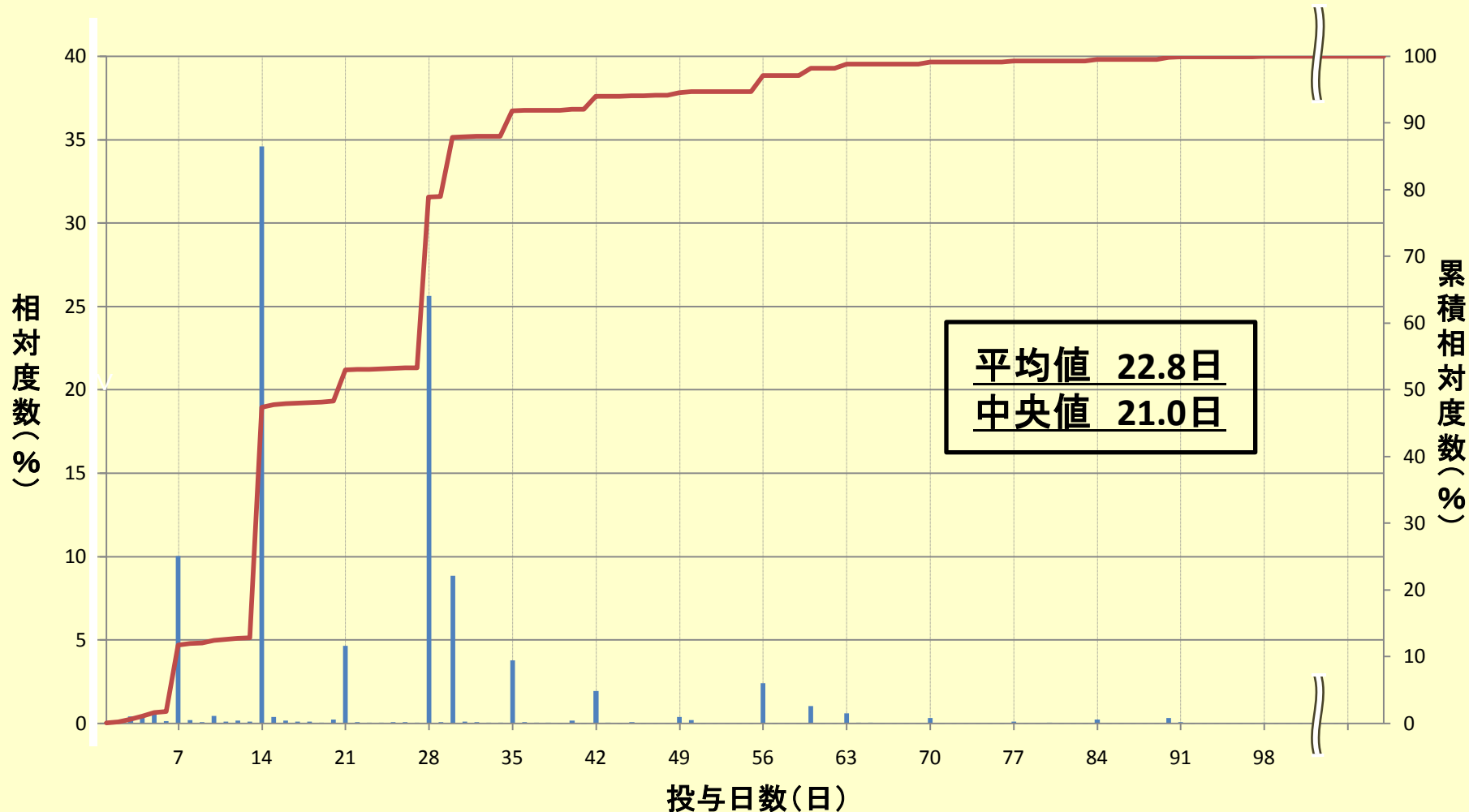
# 内服薬 投与日数別剤数の相対度数分布



注1) 審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)を抽出率100分の1で無作為抽出したものを集計対象としたものである。

出所: 厚生労働省保険局調査課調べ

# 一包化薬 投与日数別処方せん枚数の相対度数分布



注1) 審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)全数を集計対象としたものである。

出所: 厚生労働省保険局調査課調べ



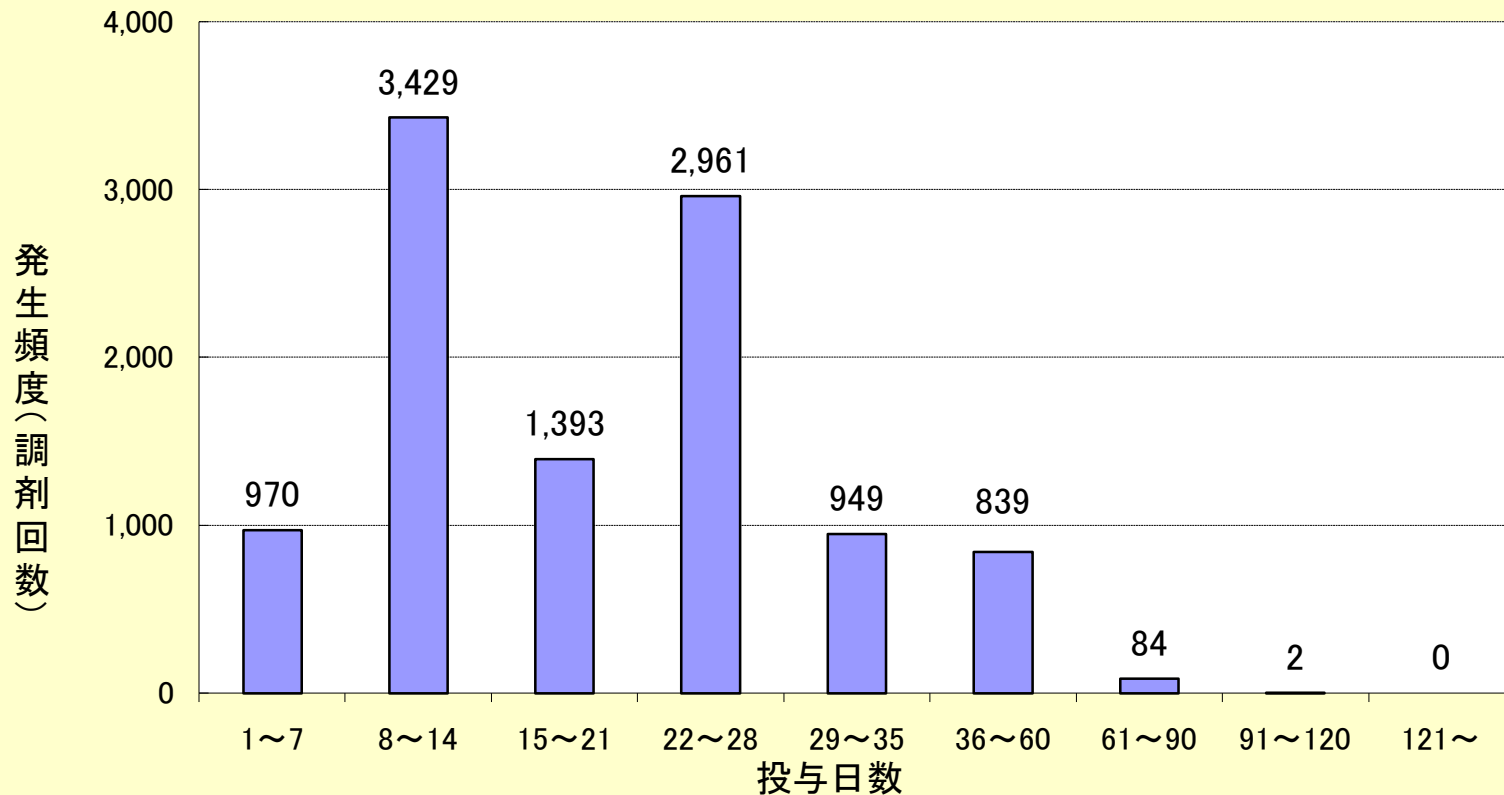
# 湯薬の調剤料の見直し

投与日数にかかわらず1調剤当たりの評価とされている湯薬の調剤料について、投与日数の伸びとそれに伴う調剤に要する手間にかんがみ、適切な評価を行う。

湯薬の調剤料について、7日分以下の場合の評価を基本として設定した上で、それを超える8日目以降28日目までを投与日数に応じた評価を併せて行うこととするとともに、29日目以降は一定の評価とする。

現 行	改定案
【湯薬】（1調剤につき） 190点	【湯薬】（1調剤につき） イ <u>7日分以下の場合</u> 190点 (改)  ロ <u>8日分以上 28日分以下の場合</u> (1) <u>7日目以下の部分</u> 190点 (改) (2) <u>8日目以上の部分(1日分につき)</u> 10点 (新)  ハ 29日分以上の場合 400点 (新)

# 漢方薬(湯薬)の投与日数の分布



調査客体: (社)日本東洋医学会を通じて協力を得られた保険薬局

調査対象: 平成21年10月(1カ月間)に受け付けた処方せんのうち、生薬調剤(湯薬)を実施したもの

調査結果

- ・回答薬局 103施設(有効102施設)
- ・処方せん枚数 158,187枚(1施設あたり1,551枚)  
うち、生薬調剤に係る処方せん 10,506枚(1施設あたり103枚)

出典: (社)日本薬剤師会調べ

# ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実

薬局における患者に対する薬学的管理及び指導を充実させるため、特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方された患者に対して、調剤時に関連副作用の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について指導を行った場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 30点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 30点</p> <p><u>注  特に安全管理が必要な医薬品を調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</u> (改)</p> <p>&lt;特に安全管理が必要な医薬品&gt; 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬</p>

# ハイリスク薬の薬学的管理指導で特に注意すべき事項の例

## 日本薬剤師会のガイドラインより抜粋

### 抗悪性腫瘍剤

- ・化学療法に対する不安への対応
- ・患者に最適な疼痛緩和のための情報収集、処方提案と患者への説明
- ・外来化学療法実施の際に受けた指導内容や提供された情報の確認

### 不整脈用剤

- ・体調変化(ふらつき、動機、低血糖等の副作用症状)の有無の確認
- ・最近の発作状況を聞き取り、薬剤の効果が得られているかの確認
- ・QT延長を起こしやすい薬剤等、併用薬による症状の変化のモニタリング

### 血液凝固阻止剤

- ・服用患者のアドヒアランスの確認
- ・服薬管理の徹底(検査・手術前・抜歯時の服薬休止、検査・手術後抜歯後の服薬再開の確認)
- ・併用薬や食事(納豆等)、一般用医薬品や健康食品との相互作用の指導
- ・服用中は、出血傾向となるので、過量投与の兆候(あざ、歯茎からの出血等)の確認とその対策

# ハイリスク薬を対象とした薬学的管理指導の標準的な方法

- (1) 患者情報、臨床所見及び使用薬剤に関する十分な情報と知識に基づいて、患者の薬学的管理を行う。
- (2) 以下の情報等を患者に説明する際には、患者の理解を深めるために、必要に応じて薬剤情報提供文書等を編集し活用する。また、最も重要な情報は反復させて患者の理解度を確認する。
  - ① 薬剤の効果: どういう効果があるか、いつごろ効果が期待できるか
  - ② 副作用: どのような副作用が起こりうるか、いつ頃から、どのように自覚されるか
  - ③ 服薬手順: どのように、いつ、いつまで服用するか、食事との関係、最大用量、服用を継続する意義
  - ④ 注意事項: 保管方法、残薬の取り扱い、自己判断による服薬や管理の危険性
  - ⑤ 再診の予定: いつ再診するか、予定より早く受診するのはどのような時か
- (3) 指導内容等を正確に記録する。特に検査値やバイタルサインの情報を得られたときは、副作用発現の可能性の有無について、薬学的な視点から検討を行う。
- (4) 問題点を明確にし、記録を基に薬学的見地に立った見解および情報を、主治医等に必要に応じて適切に提供する。
- (5) 応需処方せんの医療機関以外の処方薬や一般用医薬品、退院時の服薬に関する注意事項などの情報に気を配り、応需処方せんに限定されない包括的な薬学的管理に努める。

# 調剤基本料の特例の見直し

処方せんの受付回数が4,000回超/月、かつ、集中率※70%超の場合に適用される調剤基本料の特例について、夜間・休日等の対応や訪問薬剤管理指導を行い、地域医療を支える薬局であっても、近隣に比較的規模の大きい病院が1つしかないために、結果として適用となる場合があるとの指摘を踏まえ、所要の見直しを行う。

※ 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>(処方せんの受付1回につき) 40点</p> <p>注 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18点を算定する。</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>(処方せんの受付1回につき) 40点</p> <p>注 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24点を算定する。</p> <p style="text-align: right;">(改)</p>

注のうち、処方せんの受付回数4,000回超/月への該当性の判断に当たっては、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、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並びに介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定に係る処方せんについては、受付回数に含めないこととする。

# 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料（患者の薬歴を踏まえた上での薬剤に関する基本的な説明と服薬指導に対する評価）と薬剤情報提供料（「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することに対する評価）を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別個の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 35点 注 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 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、基本的な説明を行うこと 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必要な指導を行うこと ハ 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手帳に記載すること</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 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、基本的な説明を行うこと 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必要な指導を行うこと 【薬剤情報提供料】 （処方せんの受付1回につき） 15点 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に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する</p>

# 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

高齢者が多く生活する施設への訪問薬剤管理指導については、訪問に要する時間的・距離的な負担等が少ないことを考慮し、平成20年度改定において、居住系施設入居者(※)に対する在宅患者訪問薬剤管理指導料2を創設したが、該当しないマンションなどに居住する複数の患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定でき、点数設定の不合理が指摘されていることから、見直しを行う。

※ 高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設(外部サービス利用型を含む)、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入居者等

在宅患者訪問薬剤管理指導料2の対象患者を、同一の建物に居住する複数の患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合とする。1人の患者に対する訪問薬剤管理指導であれば、居住している施設類型にかかわらず、在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定することとする。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料1】 500点</p> <p>[算定対象] 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料1】 500点</p> <p>[算定対象] <u>同一建物居住者以外の場合</u> (改)</p>
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料2】 350点</p> <p>[算定対象] 居住系施設入居者等である患者の場合</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料2】 350点</p> <p>[算定対象] <u>同一建物居住者の場合</u> (改)</p>

医療機関の薬剤師が行う訪問薬剤管理指導についても同様の改定を行う。



# 後発医薬品の使用促進

# 後発医薬品の普及に関する基本的考え方

- 後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資することから積極的に推進。これは単に医療費を抑制することに目的があるのではなく、限られた医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることに本旨がある。
- 後発医薬品の普及のためには、患者・国民や医療関係者の信頼を獲得できるよう、安定供給や適切な情報提供等に努めていくことが重要。

# 後発医薬品の使用促進について

1. これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の新設等の取組を行ってきた。

しかしながら、政府目標に比し後発医薬品の使用割合は未だに低い状況にあり、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要がある。

2. 一般的に、後発医薬品の薬価は先発医薬品の薬価よりも低いため、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきており、これまでは、薬事法上の後発医薬品を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」として公表してきた。

平成22年度薬価改定の結果、別紙に掲げる一部の後発医薬品の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであり、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるという本来の趣旨にそぐわないことから、平成22年4月以降、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととする。

以下、本資料中の「後発医薬品」の記載について、先発医薬品よりも薬価が高い後発医薬品を除外した後の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」という趣旨で記載している場合には、「\*」を付すこととする。

# 平成22年4月以降、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する品目(1)

○成分名(薬効分類等)

品目名[企業名]

(先発医薬品の品目名[企業名])

①バルプロ酸ナトリウム(抗てんかん剤)

ハイセレニン細粒 40%[シェリング・プラウ]

(先発医薬品;デパケン細粒 40%[協和発酵キリン])

②塩酸アンブロキシール(去たん剤)

ムコサールドライシロップ 1.5%[日本ベーリンガーインゲルハイム]

(先発医薬品;小児用ムコソルバンDS 1.5%[帝人ファーマ])

③テオフィリン(気管支拡張剤)

テオロング錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg[エーザイ]

(先発医薬品;テオドール錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg[田辺三菱製薬])

④アモキシシリン(ペニシリン系抗生物質)

アモリンカプセル 125、同カプセル 250、同細粒 10%[武田薬品工業]

(先発医薬品;サワシリンカプセル 250、同錠 250、同細粒 10%[アステラス製薬])

(先発医薬品;パセトシンカプセル 125、同カプセル 250、同錠 250、同細粒 10%[協和発酵キリン])

# 平成22年4月以降、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する品目(2)

- ⑤セファレキシン(セフェム系抗生物質)  
センセファリンカプセル 250[武田薬品工業]  
(先発医薬品; ケフレックスカプセル 250mg[塩野義製薬])
  
- ⑥過テクネチウム酸ナトリウム(放射性医薬品(診断薬))  
メジテック[日本メジフィジックス]  
(先発医薬品; ウルトラテクネカウ[富士フイルムRIファーマ])
  
- ⑦マルトース(糖輸液)  
マドロス輸液 10%(500mL製剤)[扶桑薬品工業]  
(先発医薬品; マルトス輸液 10%)[大塚製薬工場])
  
- ⑧マルトース加乳酸リンゲル(糖・電解質輸液)  
マレントール注射液(250mL製剤(瓶・袋)、500mL製剤(瓶・袋))[日本製薬]  
ソルラクトTMR輸液(250mL製剤)[テルモ]  
(先発医薬品; ポタコールR輸液、ポタコールR[大塚製薬工場])

(以上、8成分9銘柄16品目)

注) マレントール注射液(250mL製剤(瓶・袋)、500mL製剤(瓶・袋))は、平成21年厚生労働省告示第479号により経過措置移行品目とされており、本年3月末をもってその期間が満了するため、平成22年4月1日より適用される薬価基準には収載していない。

# 薬局の調剤基本料における 後発医薬品調剤体制加算の見直し（１）

(1) 薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率30%以上）を変更し、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合で規定することとする。

具体的には、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合が20%以上、25%以上及び30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に25%以上及び30%以上の場合を重点的に評価する。

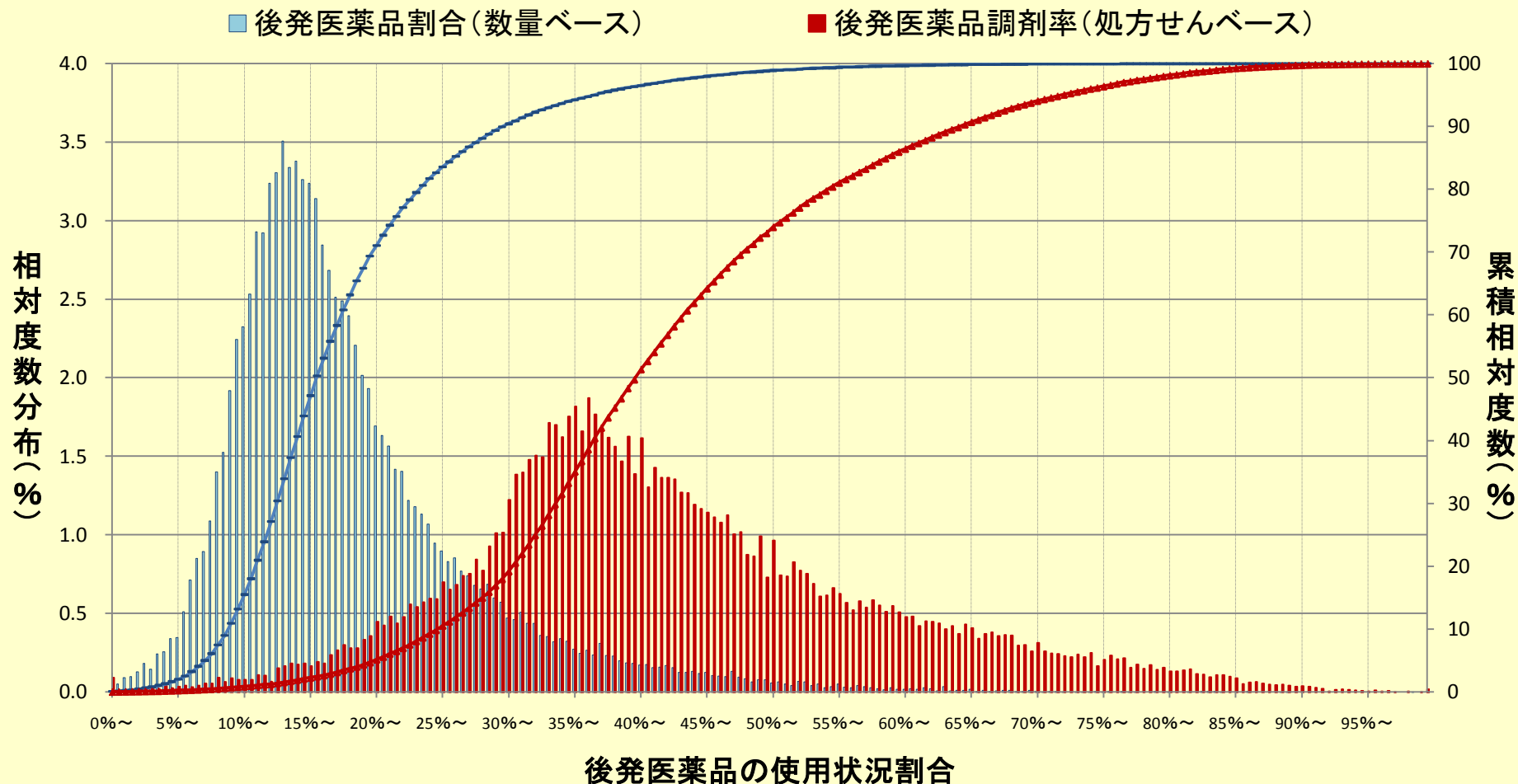
現 行	改定案												
<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付1回につき) 4点</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付1回につき)</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>20%以上</td> <td>6点</td> <td>改</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>25%以上</td> <td>13点</td> <td>改</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>30%以上</td> <td>17点</td> <td>改</td> </tr> </table>	1	20%以上	6点	改	2	25%以上	13点	改	3	30%以上	17点	改
1	20%以上	6点	改										
2	25%以上	13点	改										
3	30%以上	17点	改										
<p>[施設基準] 直近3か月間の処方せんの受付回数 のうち、後発医薬品を調剤した処方せ んの受付回数の割合が30%以上である こと。</p>	<p>[施設基準] 直近3か月間の<u>医薬品の調剤数量</u> (<u>調剤した医薬品について薬価基準上</u> <u>の規格単位ごとに数えた数量のことを</u> <u>いう。)</u>のうち、後発医薬品*の調剤 数量の割合が、それぞれ、上記のとおり であること。</p>												

# 薬局の調剤基本料における 後発医薬品調剤体制加算の見直し（2）

- (2) 1回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きく、かつ、後発医薬品が存在しない経腸成分栄養剤（エンシュア・リキッド、ラコール等）及び特殊ミルク製剤（フェニルアラニン除去ミルク及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク）については、後発医薬品\*の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。
- (3) また、平成22年4月以降、別紙に掲げる品目を診療報酬上の評価の対象となる「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外するが、1月から3月までの後発医薬品の調剤数量については、現行の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに基づき算出することとするとともに、1月から3月の3か月実績で要件を満たす薬局については、7月から9月の3か月実績分まで、要件の1割以内の変動の範囲で、加算の算定を認めることとする。

これは、後発医薬品調剤体制加算が、直近3か月間の平均で加算の適否を判断するものであり、8月から10月の3か月実績については、要件の1割以内の変動では認められないことを指すが、この場合、届出事務の手続き上12月調剤分から加算が適用されないということになる。

# 後発医薬品の使用状況割合別保険薬局数の分布



注1) 審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)全数を集計対象としたものである。

注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3) 「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。

出所: 厚生労働省保険局調査課調べ



# 後発医薬品の使用状況割合別保険薬局数の分布

	後発医薬品割合(数量ベース)		後発医薬品調剤率(処方せんベース)		
	相対度数(%)	累積相対度数(%) (割合の高い方からの累積)	相対度数(%)	累積相対度数(%) (割合の高い方からの累積)	
後発医薬品の使用状況割合	95%以上	0.0	0.0	0.1	0.1
	90%以上95%未満	0.0	0.0	0.2	0.3
	85%以上90%未満	0.0	0.0	0.6	0.8
	80%以上85%未満	0.0	0.0	1.2	2.0
	75%以上80%未満	0.0	0.0	1.8	3.8
	70%以上75%未満	0.0	0.1	2.4	6.2
	65%以上70%未満	0.1	0.2	3.4	9.7
	60%以上65%未満	0.2	0.4	4.3	14.0
	55%以上60%未満	0.3	0.7	5.5	19.6
	50%以上55%未満	0.5	1.2	7.4	27.0
	45%以上50%未満	1.0	2.2	9.9	36.9
	40%以上45%未満	1.5	3.7	13.3	50.3
	35%以上40%未満	2.4	6.0	16.5	66.7
	30%以上35%未満	4.0	10.1	15.3	82.0
	25%以上30%未満	7.3	17.4	8.1	90.1
	20%以上25%未満	13.3	30.6	5.1	95.2
	15%以上20%未満	25.5	56.1	2.6	97.8
10%以上15%未満	30.7	86.8	1.3	99.1	
5%以上10%未満	11.5	98.3	0.6	99.7	
0%以上5%未満	1.7	100.0	0.3	100.0	
平均値		18.2		42.6	
中央値		16.0		40.1	

注1) 審査支払機関による平成21年6月審査分(再審査分等調整前)の調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理された明細書(いわゆる「電子レセプト」)全数を集計対象としたものである。

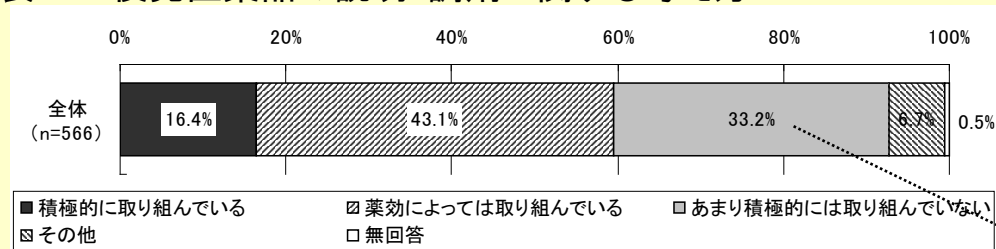
注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3) 「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。

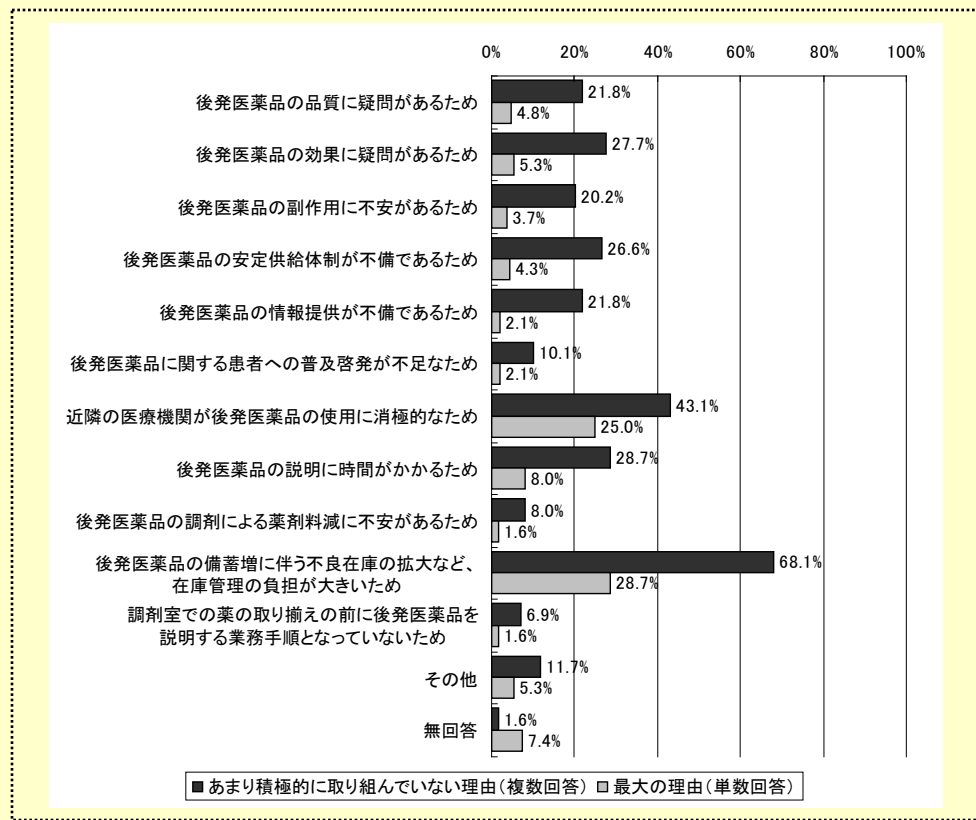
出所: 厚生労働省保険局調査課調べ

# 後発医薬品の説明・調剤に関する考え方

図表 26 後発医薬品の説明・調剤に関する考え方



図表 27 あまり積極的に取り組んでいない理由 (n=188)



# 薬局における含量違い又は類似した別剤形の 後発医薬品\*への変更調剤(1)

(1) 薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、

① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、

② 患者に説明し同意を得ること

を条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品\*の調剤を認めることとする(注1、2)。

(注1) 規格の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる品目については、対象外とする。

(注2) 例えば、処方せんに記載された先発医薬品の10mg錠1錠に代えて後発医薬品\*の5mg錠2錠を調剤すること。

(2) 同様の観点から、患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品について、類似した別剤形の後発医薬品\*の調剤を認めることとする(注3、4)。

(注3) 類似した別剤形の例(各項に掲げる範囲内で変更調剤が可能)

(内服薬の場合)

ア 錠剤(普通錠)、錠剤(口腔内崩壊錠)、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤(内服用固形剤として調剤する場合に限る。)

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤(内服用液剤として調剤する場合に限る。)

なお、外用薬は、処方医への確認を要しない変更調剤の対象外とする。

(注4) 例えば、先発医薬品：カプセル剤 → 後発医薬品\*：錠剤に変更

先発医薬品：口腔内崩壊錠 → 後発医薬品\*：普通錠に変更

なお、先発医薬品と後発医薬品\*との間で同等性が確認されている範囲での変更に限る。

# 薬局における含量違い又は類似した別剤形の 後発医薬品\*への変更調剤(2)

(3) 医療機関と薬局の後発医薬品への変更に係る情報共有について

① 処方医が、

ア 処方せんに記載した先発医薬品又は後発医薬品の一部について、含量規格が異なる後発医薬品\*への変更には差し支えがあると判断した場合、及び

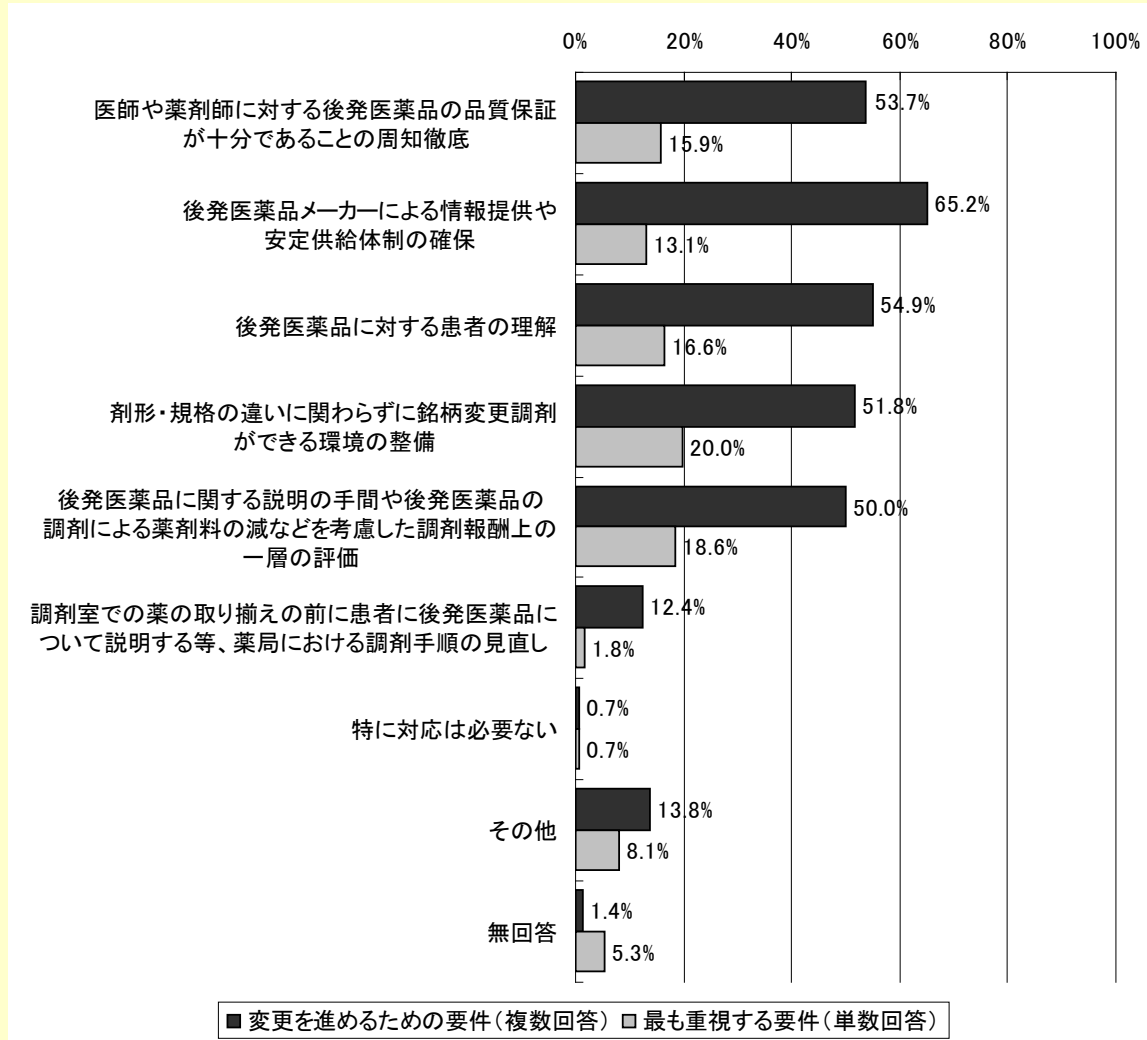
イ 先発医薬品又は後発医薬品の一部について、類似した別剤形の後発医薬品\*への変更には差し支えがあると判断した場合

には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該先発医薬品等の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」や「剤形変更不可」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 薬局において、含量規格が異なる後発医薬品\*又は類似した別剤形の後発医薬品\*への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することとする。

# 薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件

図表 51 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、今後、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件 (n=566)



# 医療機関における後発医薬品\*を積極的に使用する体制の評価

医療機関における後発医薬品\*の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、後発医薬品\*の採用品目数の割合が20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算を新設する。

⑨ 後発医薬品使用体制加算 30点（入院初日）

## [算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 該当する主な入院基本料：

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料（いずれも特別入院基本料を含む。） ただし、DPC算定病棟の入院患者は対象外

## [施設基準]

- (1) 薬剤部門において後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品\*の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品\*の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品\*の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

# 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品\*を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定する。

保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品\*の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品\*を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品\*を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

[通知において以下を記載]

患者が後発医薬品\*を選択しやすくするための対応としては、例えば、診察時に後発医薬品\*の使用に関する患者の意向を確認すること、保険薬局において後発医薬品に変更して調剤することや後発医薬品\*の使用に関する相談の対応等が可能な旨を患者に伝えること等をいう。

# 薬剤関連の主な診療報酬改定



# 医薬品安全性情報等の管理体制の充実(1)

医療機関における医薬品安全性情報等管理体制の更なる充実を図るため、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

(薬剤管理指導料)

⑨ 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

# 医薬品安全性情報等の管理体制の充実(2)

(具体的に必要となる体制)

- 1 医薬品情報管理室において、次のアからウに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
  - ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況(使用患者数、使用量、投与日数等を含む。また、入院患者への投薬及び注射並びに外来受診患者の院内処方のみならず、院外処方せんの情報を含む。)
  - イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用、ヒヤリハット、インシデント等の情報
  - ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報(後発医薬品に関するこれらの情報も含む。)
- 2 医薬品安全性情報等(1のアからウに掲げるものをいう。以下同じ。)のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者(入院中の患者以外の患者を含む。)を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。

# 医薬品安全性情報等の管理体制の充実(3)

(具体的に必要となる体制)

- 3 医薬品情報管理室の薬剤師は、当該保険医療機関の各病棟において薬学的管理指導を行う薬剤師と定期的にカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が薬学的管理指導を行うにつき必要な情報を提供すること。
- 4 データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
- 5 上記加算の要件に規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。

# 後期高齢者退院時薬剤情報提供料の見直し

後期高齢者の入院時にその薬剤服用歴や持参薬等を確認し、入院中に服用した主な薬剤の管理が退院後にも継続的に行えるような取組を現行評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現 行	改定案
<p><b>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】</b></p> <p style="text-align: right;">100点</p> <p>注 <u>後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）</u>に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p><b>【薬剤管理指導料】</b></p> <p>注 退院時服薬指導加算 <span style="float: right;">50点</span></p> <p>患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p><b>【退院時薬剤情報管理指導料】</b></p> <p style="text-align: right;">90点 <b>(改)</b></p> <p>注 <u>患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）</u>に関して当該患者の手帳に記載した上で、<u>退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</u></p> <p>(退院時服薬指導加算は廃止)</p>

# 薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算の見直し

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳（いわゆる「お薬手帳」）に記載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現 行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】 10点 注2 <u>後期高齢者手帳記載加算</u> 5点 <u>後期高齢者である患者に対して、</u> 処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点 注2 手帳記載加算 <u>3点</u>②改 処方した薬剤の名称を当該患者の<u>求めに応じて</u>手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>