

## 調剤基本料の見直し

### 1 基本的考え方

- 処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関からの処方せんの集中率により3区分とされている調剤基本料について、
  - ・ 診療報酬調査専門組織の医療機関のコスト調査分科会における検討結果を踏まえ、調剤基本料2（受付回数4,000回超/月であって、集中率70%超の保険薬局において算定）に係る評価を引き下げる。
  - ・ 患者の視点を重視し、現行の3区分を2区分に簡素化する。

\* 集中率： 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合

### 2 具体的内容

- 調剤基本料2（受付回数4,000回超/月であって、集中率70%超の保険薬局において算定）に係る評価を引き下げるとともに、現行の3区分を2区分に簡素化する。

#### 【現行】

調剤基本料1：49点

（受付回数4,000回以下/月、かつ、集中率70%以下の保険薬局）

調剤基本料2：21点

（受付回数4,000回超/月、かつ、集中率70%超の保険薬局）

調剤基本料3：39点

（上記のいずれにも該当しない保険薬局）

#### 【改正案】

調剤基本料：42点

《現行の調剤基本料1と調剤基本料3の2区分を1区分とする。》

注 受付回数4,000回超/月、かつ、集中率70%超の保険薬局においては、19点を算定する。

## 調剤料の見直し

### 1 基本的考え方

- 調剤料について、診療報酬調査専門組織の医療機関のコスト調査分科会における検討結果を踏まえ、調剤業務に手間のかかる浸煎薬及び湯薬の評価を引き上げる一方、長期投薬に係る内服薬の評価を引き下げ、区分を簡素化する。

### 2 具体的内容

- 浸煎薬及び湯薬の評価を引き上げる。

浸煎薬 (1 調剤につき) 120点 → 190点

湯薬 (1 調剤につき) 120点 → 190点

- 長期投薬に係る内服薬の評価を引き下げ、区分を簡素化する。

内服薬 (浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く (1 剤につき))

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 → 5点

(2) 8 日目以上の部分 (1 日分につき) 4点 → 4点

ロ 15 日分以上 21 日分以下の場合 70点 → 68点

ハ 22 日分以上 30 日分以下の場合 80点 → 77点

ニ 31 日分以上の場合 88点 → 77点

《現行のハとニの2区分を1区分とする。》

## 調剤報酬における指導管理料の見直し

### 1 基本的考え方

- 薬剤情報の手帳への記載及び文書等による情報提供を評価している薬剤情報提供料について、かかりつけ薬局機能の適正な推進を図る観点から、
  - ・ 薬剤情報提供料の評価対象を薬剤情報の手帳への記載に限定して、評価を引き下げる。
  - ・ 薬剤情報の文書等による情報提供については、薬剤服用歴管理・指導料の中で評価することとし、併せて特別指導加算の評価を引き下げる。

### 2 具体的内容

- 薬剤情報提供料の評価対象を薬剤情報の手帳への記載に限定して、評価を引き下げる。
  - ・ 薬剤情報提供料 1 17点 → 15点

#### 【現行】

注 1回の処方せん受付において、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するとともに、当該薬剤の名称、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提供した場合に、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）に限り算定する。

#### 【改正案】

注 1回の処方せん受付において、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）に限り算定する。

- ・ 薬剤情報提供料 2 10点 → 廃止

(現行)

注1 1回の処方せん受付において、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た場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があつた場合は、その都度）算定する。

注2 薬剤情報提供料1を算定している患者については、算定しない。

- 薬剤情報の文書等による情報提供については、薬剤服用歴管理・指導料の中で評価することとし、併せて特別指導加算の評価を引き下げるとともに、これらの名称を見直す。

【現行】

- ・ 薬剤服用歴管理・指導料 17点

注1 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、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。

注2（特別指導加算） 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、所定点数に次の点数を加算する。

イ 月の1回目の算定の場合 28点

ロ 月の2回目以降の算定の場合 26点

【改正案】

- ・ 薬剤服用歴管理料 22点

注1 1回の処方せん受付において、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する。

注2（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、所定点数に次の点数を加算する。

イ 月の1回目の算定の場合 22点

ロ 月の2回目以降の算定の場合 22点

## 医薬品品質情報提供料の見直し

### 1 基本的考え方

- 医薬品品質情報提供料について、後発医薬品に関する情報提供であることが明らかになるよう名称の見直しを行うとともに、情報提供項目として、先発医薬品と後発医薬品との薬剤料の差に係る情報を加える。

### 2 具体的内容

- 名称の見直しを行うとともに、情報提供項目として、先発医薬品と後発医薬品との薬剤料の差に係る情報を加える。

#### 【現行】

- ・ 医薬品品質情報提供料 10点

注 1回の処方せんの受付において、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。ただし、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できない。

#### 【改正案】

- ・ 後発医薬品情報提供料 10点

注 1回の処方せんの受付において、後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）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。ただし、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できない。

## 後発医薬品の使用促進のための環境整備

### 1 基本的考え方

- これまで、後発医薬品の使用促進のため、後発医薬品を含む処方を行った場合に処方せん料を高く評価するなどの対応を行ってきたが、我が国における後発医薬品の市場シェアは欧米諸国に比べて依然として低い。
- このような状況を踏まえ、後発医薬品の使用促進のための環境整備を図る観点から、先発医薬品の銘柄名を記載した処方せんを交付した医師が、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ため、処方せんの様式を変更する。

### 2 具体的内容

- 処方せんの様式を変更し、「備考」欄中に新たに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設ける。
  - \* 「処方」欄に先発医薬品の銘柄名を記載した処方せんを交付した医師が、当該先発医薬品を後発医薬品に変更しても差し支えないと判断した場合は、その意思表示として「後発医薬品への変更可」のチェック欄に署名するか、又は姓名を記載し、押印することとする。
  - \* ただし、処方医が、当該処方せんに係る先発医薬品の一部については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は、その意思表示として「処方」欄の当該先発医薬品の銘柄名の後に「(後発医薬品への変更不可)」と記載することとする。
- 「後発医薬品への変更可」のチェック欄に処方医の署名又は記名・押印のある処方せんを受け付けた保険薬局は、患者の選択に資するため、後発医薬品に関する情報等を提供し、患者が選択した後発医薬品又は先発医薬品を調剤する。
- 「後発医薬品への変更可」のチェック欄に処方医の署名又は記名・押印のある処方せんについては、診療報酬上、後発医薬品を含む処方を行った場合に該当するものとして取り扱うこととする。

[新たな処方せんの様式 (案)]

# 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 昭 平	年 月 日	電 話 番 号
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>

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 style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">後発医薬品への変更について</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">後発医薬品への変更可</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">保険医署名</div>
--------	---

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	

## 医療法上の人員配置標準を下回る場合の取扱いの見直し

### 1 基本的考え方

- 診療報酬体系を簡素化する観点も踏まえ、医療法上の医師、看護師等の人員配置標準を基準として標準数を一定の比率以上欠く場合に、入院基本料の減額を行う現行の取扱いを改め、再構成する。

### 2 具体的内容

- 医療法上の医師、看護師等の人員配置標準を基準として標準数を一定の比率以上欠く場合の分類について、看護職員等の配置については入院基本料の体系において評価の適正化がなされていること等を踏まえ、看護要員の要件を除くことなどにより簡素化し、再編成する。

[現行]

		医師若しくは歯科医師			
		80/100超	80/100以下	60/100以下	50/100以下
看護 要員	80/100超	減額なし	減額なし	12/100減額	15/100減額
	80/100以下	減額なし	12/100減額	18/100減額	21/100減額
	60/100以下	12/100減額	18/100減額	24/100減額	27/100減額
	50/100以下	15/100減額	21/100減額	27/100減額	30/100減額

[改正案]

医師若しくは歯科医師	
70/100以下	50/100以下
90/100相当の点数	85/100相当の点数

- 離島等所在保険医療機関の場合

		医師若しくは歯科医師			
		80/100超	80/100以下	60/100以下	50/100以下
看護 要員	80/100超	減額なし	減額なし	3/100減額	3/100減額
	80/100以下	減額なし	6/100減額	6/100減額	6/100減額
	60/100以下	3/100減額	6/100減額	6/100減額	6/100減額
	50/100以下	3/100減額	6/100減額	6/100減額	6/100減額

医師若しくは歯科医師	
70/100以下	50/100以下
98/100相当の点数	97/100相当の点数



## 複合病棟の見直し

### 1 基本的考え方

- 複合病棟は、病床数（介護療養病床を有する場合には、当該介護療養病床の数を含む。）が100床未満で療養病棟への移行が困難と認められる病院についての特例措置として、一般病床と療養病床とを併せて1病棟とすることを認めたもので、一般病棟入院基本料又は療養病棟入院基本料が算定されている。
- 上記特例措置は、平成8年に5年程度として設けられが、平成12年度改定において4年間、平成16年度改定においてさらに2年間延長されており、平成14年4月以降は、新規届出は認められていない。
- 複合病棟における看護職員の配置基準は、「看護職員配置4：1（看護師比率20%）以上・看護補助配置6：1以上」であり、一般病床については、平成18年3月以降、医療法上の人員配置標準を下回る事となることから、経過措置を設けた上で、廃止する。

[参考] 届出保険医療機関数（保険局医療課調査 各年7月1日現在）

平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
49	95	84	88	63	53	48

### 2 具体的内容

- 複合病棟については、平成18年9月30日限りで廃止する。

## 透析医療に係る評価の適正化

### 1 基本的考え方

- 慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づく計画的な治療管理を評価した項目であり、検体検査実施料等が包括されている。今回改定において、市場実勢価格を踏まえた検体検査実施料の見直しが行われることから、当該項目についても併せて見直しを行うこととする。
- 人工腎臓には夜間又は休日に実施した場合に加算を算定することとしているが、人工腎臓は計画的に実施されること、そのため実施医療機関は診療応需の体制にあること等から、当該加算に係る評価を引き下げることとする。
- また、大部分の慢性維持透析患者は、人工腎臓実施時にエリスロポエチン製剤の投与を受けており、適切な透析の実施により一定程度貧血の改善が期待される。こうしたことを踏まえ、人工腎臓の適切な評価及び請求事務の簡素化を図る観点から、エリスロポエチン製剤について人工腎臓に含め包括的に評価することとする。

### 2 具体的内容

- 慢性維持透析患者外来医学管理料について、検体検査実施料の見直しを踏まえ、適正化を行う。
  - ・ 慢性維持透析患者外来医学管理料  
2,460点 → 2,305点
- 人工腎臓の夜間加算及び休日加算について、評価を引き下げる。
  - ・ 人工腎臓に係る夜間加算及び休日加算  
500点 → 300点
- 人工腎臓について、エリスロポエチン製剤を含め包括的に評価して適正化する。
  - ・ 人工腎臓（入院中以外の場合） 1,960点 → 2,250点

## 処方料等の見直し

### 1 基本的考え方

- 適切な長期投薬を推進し、再診の適正化を図る観点から、長期投薬に係る評価を引き上げるとともに、併せて処方せん料を引き下げる。

### 2 具体的内容

#### [処方料の見直し]

特定疾患処方管理長期投薬加算	45点	→	65点
----------------	-----	---	-----

#### [処方せん料の見直し]

処方せん料1	内服7種以上イ	含後発	43点	→	42点
--------	---------	-----	-----	---	-----

		□ イ以外	41点	→	40点
--	--	-------	-----	---	-----

処方料せん2	1以外	イ	含後発	71点	→	70点
--------	-----	---	-----	-----	---	-----

		□ イ以外	69点	→	68点
--	--	-------	-----	---	-----

特定疾患処方管理長期投薬加算	45点	→	65点
----------------	-----	---	-----

## 酸素の価格について

### 1 基本的考え方

- 酸素の価格については、保険医療機関ごとに届け出た単価（前年の購入実績に基づき算出）に使用した酸素の容積及び補正率（1.3）を乗じた額により償還されている。
- 平成14年度改定においては、購入価により保険償還されてきた酸素価格に、離島等の地域であるかどうか等の区分に応じた上限価格が設定された。
- 平成16年度改定においては、離島等の範囲が拡大されるとともに、特別の事情のある場合における特例が追加された。なお、価格については、据え置きとされている。
- 地方社会保険事務局に届け出られた購入単価の区分毎の加重平均は、告示価格（上限単価）から最大32%乖離しており、医療の効率化が求められる中、薬や材料の価格決定方式との整合を図る観点から、酸素価格についても、告示価格の適正化を行う。

### 2 具体的内容

- 酸素における告示価格は、薬や材料とは異なり上限価格であることを踏まえ、加重平均単価に告示価格の15%を加えた値が現行告示価格を下回る場合には、当該価格を告示価格とする。
- また、離島等の地域の告示価格については、離島以外の地域における告示価格の1.5倍に設定されていることを踏まえ、離島以外の地域における改正後の告示価格の1.5倍とする。