

# 日医工MPS行政情報シリーズ

[http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps\\_m.html](http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html)

## 日医工MPSが読む「2006年度診療報酬改定」

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム

(認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4217 菊地祐男)



日医工MPSでは、診療報酬改定資料をホームページに掲載しています。

日医工のトップページから「MPS資料集」にお進みください。。

資料No.180414-43



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

# 昨年からの流れ「何が起きていたのか？」

## ①医療制度構造改革試案（10月19日）

厚生労働省が考えた試案(叩き台)

厳しい案だが「伸び率管理」には反対

厳しい案に各団体が批難、財務省も「伸び率管理の反対」を批難

10/31内閣改造で誰が厚労省大臣になった？

政府は何を考えたか？

## ②医療制度改革大綱（12月19日）

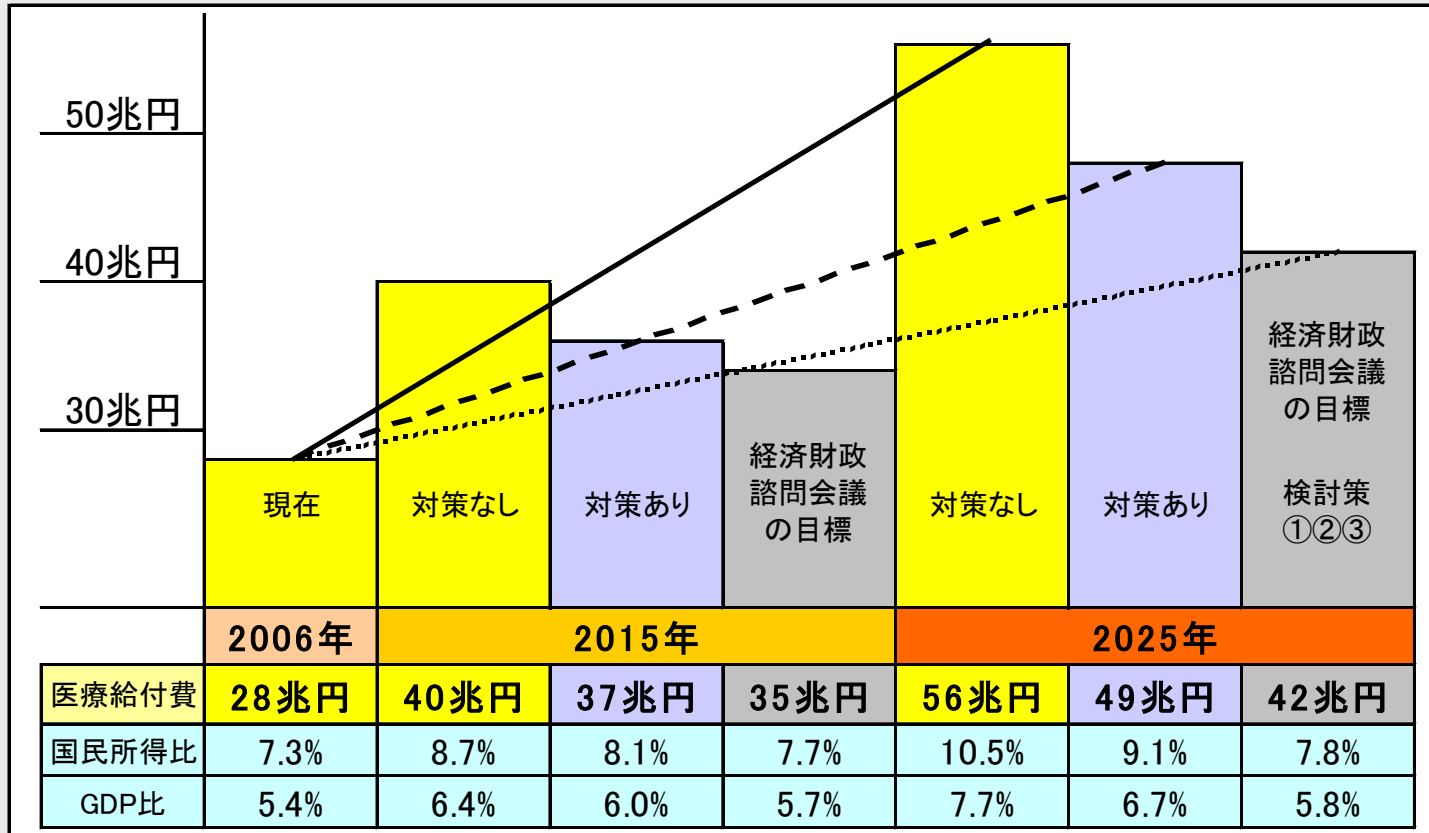
政府・与党が考えた具体案(基本構想)

法律は国会へ(2月10日国会に提出)

ルール(診療報酬等)は中医協へ

誰が修正をするのか？(国会の勢力図)

# 医療コスト（医療給付費）の見通し



- ①「医療給付費」って何だ？→患者負担・国民負担は表に出なくなった
- ②どんなに抑制しても医療コストは上昇する→医療マーケットは拡大する  
どこで拡大するのか？
- ③今後医療コストの抑制には、なりふり構わない政策が実施される？  
診療報酬カット、保険免責制、伸び率管理制度

# 医療費抑制政策「対策」 (厚労省試案)

## 短期の医療費抑制対策

患者の窓口負担を70歳～74歳：2割、75歳以上は1割[2008年度]から

(現行：70歳未満3割、70歳以上1割)

70歳以上の入院患者の食費、居住費の全額自己負担化 [2006年10月]

一定所得以上の70歳以上の窓口負担は3割 (現行：2割) [2006年10月]

75歳以上の高齢者からの保険料徴収 (高齢者保険制度) [2008年度]

高額療養費の自己負担限度額の見直し (総報酬制) [2006年10月]

## 中長期の医療費抑制対策

平均入院日数の短縮 (38日 → 30日以下)

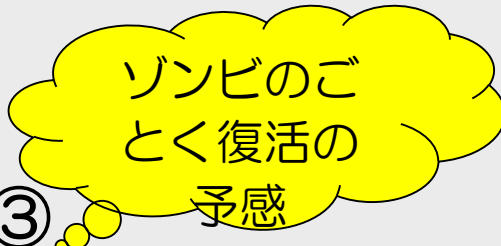
生活習慣病対策 (糖尿病発生率の20%改善など)

## 経済財政諮問会議の数値目標を目指す対策①②③

①75歳以上の窓口負担をすべて2割 (削減：1.3兆円) →大綱では見送り

②20年間で診療報酬計10%カット (削減：4.9兆円) →大綱では見送り

③「保険免責制」500円～1000円の導入 (削減：4.0兆円) →大綱では見送り



ゾンビのご  
とく復活の  
予感

短期の抑制策は、患者と国民の負担を引上げるものばかり  
引き下げる政策は何かないか？ → ジェネリック

# 医療制度改革関連法案(2006年2月10日国会提出)

## 医療制度改革大綱の推進

### 健康保険法の改正

- ・ 特定療養費の見直し
- ・ 高齢者医療制度の見直し
- ・ 保険者の再編統合

保険薬局も  
医療法で規定

### 医療法の改正

- ・ 医療法人制度
- ・ 患者への情報提供
- ・ 医療計画の見直し  
医療機能の分化と連携を推進
- ・ 医師不足問題
- ・ 医療従事者の資質の向上
- ・ 有床診療所の規制の見直し

療養病床の  
廃止

# 「健康保険法改正 & 医療法改正」でどうなる (予定)

2006年10月	
高齢者の患者負担増(現役並み所得高齢者の70歳以上を2割負担から3割負担に)	
療養病床入院の70歳以上高齢者の食費・居住費を自己負担化(6.4万円→9.4万円)	
高額療養費の自己負担限度額の引き上げ	
人工透析患者のうち上位所得者(月額53万円以上)は1万円アップの2万円	
出産育児一時金の引き上げ(30万円→35万円)	
被用者保険の埋葬料を定額の5万円に	2007年1月
特定療養費制度を見直し	
地域型健保組合の創設(保険財政共同安定化事業)	
有床診療所の見直し(48時間規制撤廃、医療安全確保、情報開示、基準病床化)	
2007年4月	
改正医療法施行: 医療法人制度、患者への情報提供、医療計画を見直し医療機能の分化と連携を推進、医師不足問題、医療従事者の資質の向上、有床診療所の規制の見直し	
傷病手当金、出産手当金の支給水準を引き上げ、支給範囲を見直し	
保険料賦課の見直し(標準報酬月額の上下限の範囲の拡大、標準賞与の範囲の見直し)	
2008年4月	
後期高齢者医療制度の創設	
高齢者の患者負担増(70~74歳は1割負担から2割負担、75歳以上は1割負担)	
療養病床入院の65歳以上70歳未満患者の食費・居住費の自己負担化	
乳幼児の自己負担率2割(3歳未満から小学校就学前までに拡大)	
高額医療費 & 高額介護費の合算制度の創設	2012年4月
保険者に対して一定の予防健診等を義務付ける(医療費適正化計画)	
介護療養病床の廃止	

# 国は何がしたいのか？

国名	病床数 (/1000人)	医師数 (/100床)	看護職員数 (/100床)	平均 在院日数
日本	12.8 2003	15.6 2002	42.8 2002	28.3 2003
ドイツ	9.1 2001	39.6 2000	102.2 2000	11.6 2001
フランス	8.2 2001	35.2 1998	69.7 1997	13.5 2001
イギリス	4.1 2001	43.9 2000	129.2 2000	8.3 2001
アメリカ	3.6 2001	77.8 2000	230.0 1999	6.7 2001

日本は、単位あたりの病床数は多く、医師と看護師は少ない。

仮に平均在院日数を半分にしたら、医師と看護師は2倍になり、病床数は半減する。

平均在院日数の半減は可能か？

諸外国と比較しても不可能であるはずがなく、医療制度改革の根幹施策として取り組まれていく。

医療制度改革の柱の政策は「平均在院日数の短縮」である。短縮が達成したら人員面での医療の質は上がることになる。ただしその時は病床数が半減しており、これは医療機関の淘汰を意味する。

医療の質を上げて、医療機関数を減らして、淘汰に勝った医療機関には報酬取り分を増やし、国も医療費抑制が図れる。という図式は考えすぎだろうか。

# 病床区分

医療法上	一般病床 (912,601床)			療養病床 (348,376床)	
病床数: 医療施設動態調査(16年8月)					
診療報酬上	①超急性期	②急性期	③亜急性期	④慢性期	
<表外の入院基本料> ・結核病棟 ・精神病棟 ・特定機能病院 ・専門病院 ・障害者施設等 ・老人病棟 ・複合病棟 ・有床診療所	特定集中治療管理料 脳卒中ケアユニット ハイケアユニット	一般病棟入院基本料		療養病棟入院基本料	
		1.4 : 1 (新) (7 : 1)	3 : 1 (15 : 1)	療養入院基本料 (看5:1補5:1)	
		2 : 1 (10 : 1)	回復期リハビリ病棟入院医療管理料 (看3:1、60日~180日)		
		2.5 : 1 → (13 : 1)	亜急性期入院医療管理料 (看2.5:1、90日)		
常時2:1、14日	常時3:1、14日	(常時4:1、21日)	特別入院基本料	特別入院基本料	
DPC (急性期入院の包括評価)		参考資料 : 医療タイムスNo. 1652			

医療法上の一般病床は約90万床、療養病床は約38万床である。この一般病床をまずは60万床へ、さらに急性期病床は40万床程度を目指している。療養病床は、介護療養の約13万床が2011年度末で廃止になり、医療療養も10万床を削減し、医療度が高く長期療養の必要な患者を対象とした15万床だけになる。

病床区分は診療報酬上でも大まかに4つに分けられる。“急性期”は「1.4 : 1」が新設され高レベルの競合になり、「2.5 : 1」は限りなく“亜急性期”になり、この区分もハードルが上がった。“慢性期”も看護補助者を含めれば「2.5 : 1」が標準となり、さらに病床の多くが消滅する。「3 : 1」医療法上は病院であるが、特別な特長がない限り患者から選択されない。病院は、まさに淘汰の時代を迎えている。



# 急性期病院はどうなる？

## 急性期病院7つ星はこうなった

- (○) ①地域医療支援病院 → まだまだ重要な肩書きだが、紹介率が要件・・・
- (△) ②臨床研修指定病院 → 単独型&管理型。また研修医のマッチング率も
- (×) ③急性期（特定）入院加算 → 点数自体が廃止、痛い！
- (▲) ④日本医療機能評価認定病院 → 急性期病院ではもう当たり前

1956の病院が認定（2006年2月20日現在）

- (▲) ⑤第3次救命救急センター病院 → 急性期病院なら当然「評価A施設」
- (▲) ⑥電子カルテ稼動病院 → これも当然になった

2006年度診療報酬改定で電子化加算が新設され、2011年度以降はペナルティも

- (◎) ⑦DPC実施病院 → これからの急性期病院のブランド

2006年度の診療報酬改定で紹介率加算等が廃止され急性期病院は大きなダメージを受けた。急性期病院で生き残るには、“7つ星”の取得算定が重要と言われてきたが、多くの項目が「当たり前」になり差別化の手段とは言えなくなった。

今後はDPCとどう絡むかが重要となってくる。

『急性期病院≒DPC実施病院』となる方向へ確実に進んで行く。

# 急性期病院はどうなる？

## 新看護基準「1.4：1（7:1）」の新設

「1.4：1」の新設で、グレード競争は激しくなった。看護師の争奪戦が始まるが、良い病院に看護師が集まるという形で集約されるかもしれない。患者から支持されることは当然として、職員からの支持も重要なポイントになる。

またこれからは「2.5：1」は急性期ではなくなる。

## 紹介率を要件とする点数の廃止

努力して紹介率を上げ算定してきた点数が廃止された。病床数によっては億単位の減収となったが、逆に考えれば、この加算を廃止しても紹介率が下がることはないと考えてのハシゴ外しと考えるべきである。よって紹介に関する評価が廃止されても患者確保から連携は重要であり、紹介率を上げる努力は怠れない。

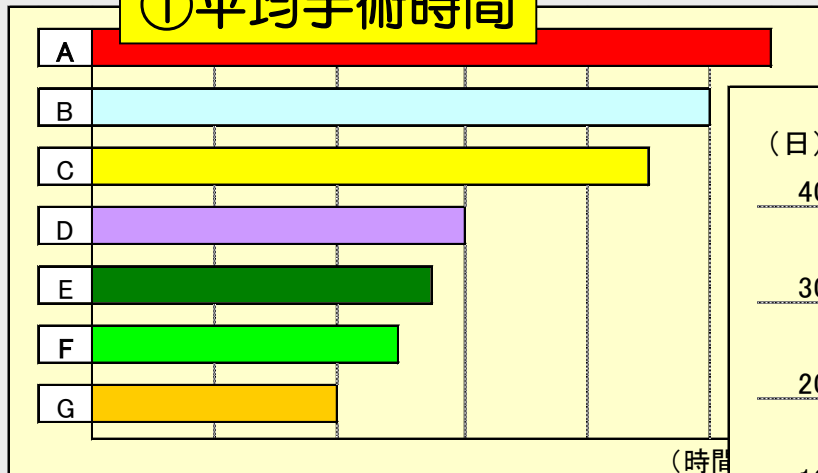
ダウン改定で収益を確保するためには、一段高い看護基準を目指すことが必要になる。その結果看護師需要が高くなり、多くの看護師を確保できた施設が生き残る。

今後在宅や介護施設に患者が増えることを考えると、自院の医療圏内から患者を集めることが重要になるので連携は必須。在宅療養支援診療所との連携もポイントになり、その医療圏内でオンリーワンになるためには、24時間往診のサポートがポイントになる。

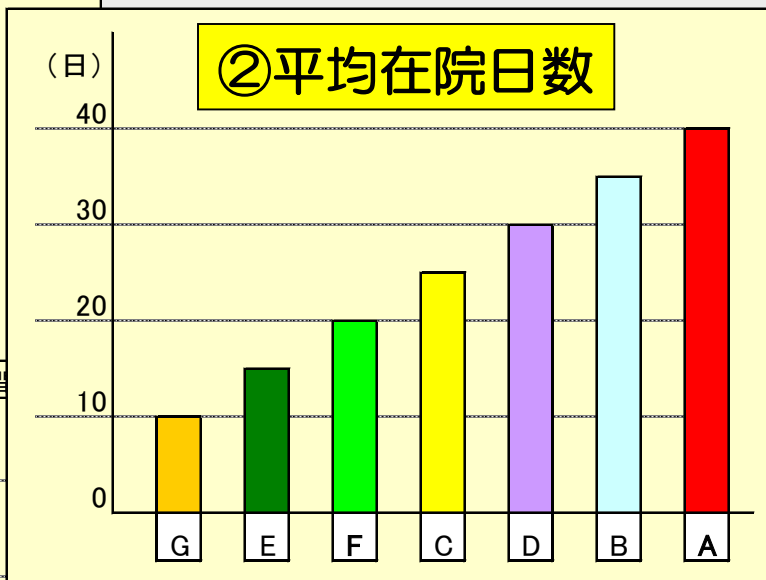
# DPCを実施するとどうなる？

## 脳動脈クリッピング手術のケース

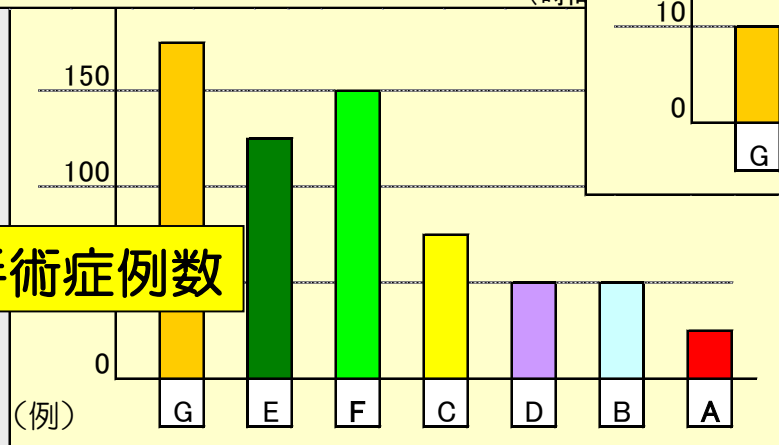
### ①平均手術時間



### ②平均在院日数



### ③手術症例数



データはダミー

DPCを実施するという事は、多くの診療データを公開することでもある。将来的には5年生存率などの治療成績の比較も可能になるが、現時点でも、手術時間、在院日数、症例数等のデータは比較可能である。

この3つを比較された場合、患者はどここの病院を選ぶだろうか？

DPCを実施するという事は、患者の選択の眼にさらされて、淘汰という競争を強いられることでもある。

急性期病院のブランドとしてDPCは重要であるが、DPCによって淘汰も進むことになる。本当に必要な医療機関だけが選ばれていずれば病院数が減ることを考えると、包括評価でありながら現在は高い収益が約束されている理由も想像される。

# 慢性期病院はどうなる？

## 医療療養病床の評価再編（医療区分、ADL区分）

病床単位での包括評価だった療養病床が、医療区分とADL区分に分類して患者単位で包括評価することになった。医療度の低い患者の点数は大幅に引き下げられて在宅や介護施設への転床を促している。（25万床のうち10万床が消滅する）

## 介護療養病床の廃止

介護療養病床の廃止は“寝耳に水”の出来事だったが、今国会で決定される予定である。となると13万床の介護病床は医療保険に変更するか、介護施設へ転換することになるが、医療保険の療養病床は医療度の高い患者しか評価しないため、結局介護施設への転換が進むことになる。

半ば強制的な病床削減で一気に平均在院日数の短縮と病床数の削減が進む。ただし患者は減ることはなく、高齢化に伴ない増加する。その患者は病院内から地域（在宅、介護施設）へシフトするため、この地域内の患者をいかに自院の患者として確保できるかが経営上のポイントとなる。

イザというときの「往診支援」「緊急入院支援」など、在宅療養支援診療所の医師と積極的な連携を行うことが、患者の確保になる。

# ＜入院基本料＞療養病棟入院基本料

平成18年7月1日から実施する

病院

現行	
療養病棟入院基本料1	1,209点(老人1,151点)
療養病棟入院基本料2	1,138点(老人1,080点)
[その他の包括する点数] 日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者)入院診療加算 等	

経過措置(平成18年6月30日まで)	
療養病棟入院基本料1	1,187点(老人1,130点)
療養病棟入院基本料2	1,117点(老人1,060点)

改定後(平成18年7月1日～)			
ADL区分	医療区分		
	1	2	3
3	885点	1,344点	1,740点
2	764点		
1		1,220点	
	50.2%	37.2%	12.6%

当初9分類(+認知症2分類)の11分類に点数が設定される方向だったが、結局5分類となった。  
療養病棟に約半分入院している医療区分1の患者さんについては、大幅な点数ダウンとなり、自宅や介護施設へのシフトが始まると考えられる。

認知機能障害加算  
+5点

# 診療所はどうなる？

## 初診料、検査料の引き下げ

初診料が15点引き下げられ、検査料のダウンも影響が大きい。退院後の地域、在宅の受け皿として病院との連携強化が必要になる。また小児科や在宅への対応として、24時間体制を整備することが重要になる。

## 在宅療養支援診療所

ダウン改定の中で「在宅療養支援診療所」だけはものすごいことになっている。通常の診療所と比べて相当に高い診療点数を算定できるようになり、診療所の経営を考えると是非とも施設基準をクリアしたい。

問題は24時間体制であり、24時間往診や緊急入院体制などが高いハードルがある。国も在総診の24時間加算の実績から約10万軒の診療所のうち、1万軒程度の算定に留まると予測しているが、この基準クリアが診療所の経営にとって重要なポイントとなるため、相当の覚悟をもって検討したい。有床診療所も今までは位置付けが曖昧だったが、在宅療養支援診療所の核となることや、介護保険における小規模多機能型施設の要として重要性が増してきた。

病院から患者が在宅等へシフトするため、病院での診療体制に匹敵する医療体制を在宅に構築する必要があった。そこで24時間体制の在宅療養支援診療所に高い評価がついた。

## 在宅療養支援診療所とその他の保険医療機関での評価の比較

項目	現行(点)	改定後	
		在宅療養支援診療所	その他の保険医療機関
退院指導料	300	廃止	廃止
退院時共同指導料	150		
在宅患者入院共同指導料	( I ) 310 ( II ) 140	地域連携退院時共同指導料	
退院時共同指導加増	( I ) 290 ( II ) 360	(紹介元) 1,000	(紹介元) 600
寝たきり老人退院時共同指導料	( I ) 600 ( II ) 140	(入院先) 500	(入院先) 300
往診料	650	650	650
緊急往診加算(時間内)	325	650	325
緊急往診加算(夜間)	650	1,300	650
緊急往診加算(深夜)	1,300	2,300	1,300
ターミナルケア加算	1,200	10,000	1,200
寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)	(院外) 2,290 (院内) 2,575	在宅時医学総合管理料	
在宅時医学管理料(在医管)	3,360	(院内) 4,200 (院外) 4,500	(院内) 2,200 <sup>*1</sup> (院外) 2,500
在宅末期医療総合診療料(在医総)	(院外) 1,495 (院内) 1,685	変更無し	× 算定不可
在宅ターミナルケア加算	1,200	10,000	1,200 <sup>*1</sup>
緊急時入院体制加算	100	要件化	× 算定不可
24時間連携体制加算( I )( II )( III)	(1,400、1,400、410)		

\* 1: 200床未満の中小病院が追加

# 保険薬局はどうなる？

## 経営（収益）のシミュレーション

診療報酬改定が「医：歯：調＝1：1：0.4」となり、ホッとしたのも束の間、薬価ダウンの直撃を受けて、利益が20%～10%もダウンする可能性があることがわかった。

## 連携の強化（在宅療養支援診療所と基準調剤加算1）

あるセミナーで大手薬局チェーンの社長が『大病院の門前での店舗展開にとどまらず、病診連携を図っているクリニックを取り込んだ形で店舗展開を進めていく』と発言された。患者が在宅に増えるのであれば当然マーケット戦略も転換する必要があり、在宅療養支援診療所との連携が求められる。

また「基準調剤加算1」の算定が進んでいない。施設基準としてネックになっているのが24時間体制である。医療機関が24時間体制を進めるなかで薬局はどうするのか。また小児の風邪で調剤を受けた親が、夜中に指導を受けたい時に、連絡の取れる薬局と、取れない薬局のどちらを選ぶだろうか。

算定を諦める前に、どうしたら24時間体制がとれるか検討する必要がある。この10点算定は経営上のメリットも大きい。

医療機関は淘汰の嵐に巻き込まれた。そして保険薬局も淘汰競争の時代に入った。



# 保険薬局の収支シミュレーション

(千円)	法人			個人		
	2005年6月	2006年4月	伸び率	2005年6月	2006年4月	伸び率
	実態調査から	(日医工MPS予想値)		実態調査から	(日医工MPS予想値)	
医療収入	13,215	12,521	▲5.25%	7,965	7,547	▲5.25%
介護収入	16	16	—	0	0	—
給与費	2,472	2,521	+2%	1,062	1,083	+2%
医薬品等費	8,856	8,263	▲6.7%	5,448	5,083	▲6.7%
委託費	47	47	—	12	12	—
減価償却費	134	134	—	98	98	—
その他経費	1,006	1,006	—	613	613	—
収支差額	717	566	▲21.1%	732	658	▲10.1%

診療報酬本体(▲1.36%)  
 医:歯:調=1:1:0.4  
 調剤0.4=▲1.88%に相当  
 薬価改定率=▲6.7%  
 収入内訳(薬剤7:技術3)

05/6の医療収入 13215千円  
 06/4の医療収入 12521千円  
 06/4医療収入(推定)の計算式  
 $[13215 \times 0.3 \times (1 - 0.0188) + 13215 \times 0.7 \times (1 - 0.067)]$   
 要するに、前年の収入を薬剤と技術に分けて、それぞれの改定率を掛けたところ、▲5.25%のダウンとなった。

支出の医薬品等費は、スライドも▲6.7%と仮定して  
 $8856 \times (1 - 0.067)$ で求めた。

参考:医療経済実態調査(17年6月)

1ヶ月あたりの減収15万1千円(717-566)。利益率4.5%とすると15万1千円の利益を上げるためには、335万6千円の収入が必要となる(151/0.045)。処方せん1枚当たりの売上を6500円、1ヶ月25日とすると、1日21枚増が必要になり(3356/6.5/25)、増患に成功しても日77枚(12521/6.5)+21枚で薬剤師の増員が必要になる(40枚につき薬剤師1人)

医療経済実態調査と改定率から単純なシミュレーションを行った結果、「法人」において利益が▲21.1%と厳しい結果がでた。診療報酬の改定率▲1.36%は調剤市場においても大きな影響が出ると予想される。また卸による薬剤価格の改定率スライド100%対応も厳しい状況となっている。また増患対策が成功して処方せん枚数が増えても、今度は薬剤師の雇用が必要になり、収益を維持することは難しくなる。

代替調剤によるジェネリックへの切り替えを含めた実際のシミュレーションが重要となる。またOTCやサプリメント等の販売を拡大する戦略も検討が必要である。

# 基準調剤加算1 10点

# 基準調剤加算2 30点

## 【算定の要件】

### ＜基準調剤加算1＞

500品目以上の備蓄

薬剤服用歴管理記録、薬学的管理、指導

緊急時の時間外対応（連携を含む）

24時間対応可について文書による情報提供と掲示（電話番号等）

研修の実施

薬剤情報の随時提供体制

### ＜基準調剤加算2＞

700品目以上の備蓄

集中度70%以下（600回超/月）

麻薬等の取り扱い

基準調剤加算1の要件

算定上のネックは、

24時間対応か。

24時間安心できない保険薬局は  
患者視点でどう評価されるか？

## （薬剤情報）

一般名、剤形、規格、内服薬にあっては製剤の特性（普通製剤、腸溶製剤、徐放性製剤等）、医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等の安全性情報

# 調剤以外で利用する保険薬局の展開

## 医療保険外商品

OTC、サプリメント健康食品 等

## 介護保険への係わり

相談業務

介護用品の販売、レンタル

介護施設の調剤業務のサポート

## 在宅医療への取り組み

在宅療養支援診療所のサポート

在宅患者訪問の実施

普段でも気軽に入れる地域の薬局を目指すために、職員等からアイデアを募って検討することも重要。

「忙しくて無理」との判断もあるだろうが、淘汰競争に勝つための戦略は必要になる。

## アイデアの検討（例）

歩こう会・・・・・・・・薬局をステーションとする歩こう会の主催

夏休み宿題支援・・・・・・・・薬や体についてのテーマによる宿題支援

14歳の挑戦・・・・・・・・中学生の職場体験の場の提供

家庭の在庫薬の監査・・『まだ服用できる、もうできない』などの監査

# 「後発品への変更可処方せん」でどうなる？

## 医療機関は、

手書きによる処方せんでは大変なので、最初はオーダリングシステムの整備されている比較的大きな病院から「後発品への変更可処方せん」が始まると予測される。その後ある程度市場に認知されてから診療所等にも拡大する。

## 保険薬局は、

「後発品への変更可処方せん」を受けても、備蓄在庫の問題、説明と選択、責任の不安、適応症違いや剤形違いによる疑義照会の煩わしさ、また調剤薬剤の処方元への情報提供など、多くの課題を抱えるため、積極的な代替調剤推進とはならないかもしれない。

ただし、処方せんは患者の手許を経由し「変更可」であることが判っていること。領収証の発行により指導料等の眼が厳しくなっており、薬剤選択のための情報提供行為は重要になること。ジェネリックへの変更がないことで他の薬局に移る患者が存在すると、その患者に処方されている先発品も同時に失うことになること。などを考慮すると、全く対応しないことはマズいかもしれない。

保険薬局の薬剤師は、チャンスと捕らえて難しさにチャレンジするか、あるいはなるべく面倒なことを避けるか、のどちらかに分かれるのかもしれない。

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	年 月 日	男・女	電話番号	
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 印	
交付年月日		平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	<small>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。</small>
処方					
備考					
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	

# 新処方せん様式

後発医薬品への変更について

後発医薬品への変更可

保険医署名

署名又は、記名押印

サインをするか、又は氏名  
印字と押印が必要となる

後発医薬品への変更について

後発医薬品への変更可

保険医署名

備考 1. 「処方」の欄には、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。

## 後発品への変更可処方せんについての日医工MPS見解①

(2006年4月10日時点の見解です。今後変わることもあります)

**(Q)規格の異なる後発品への変更について①** [例:リーバクト(4.15g)→アミノバクト(4.74g)]

(A)規格(容量)が異なる製剤については、変更可処方せんにより代替調剤を行う場合は疑義照会が必要になると考えます。

**(Q)規格の異なる後発品への変更について②** [「先発品OD錠」→「後発品一般錠」]

(A)厳密に考えると規格違いとなりますので、疑義照会は必要と考えます。しかし薬価本での剤形規格は両剤とも「錠剤」となるので、疑義照会なしに代替調剤しても問題にはなりにくいと思われま(薄いグレーゾーン)。その場合でも医師が患者の服用状況まで考えてOD錠を処方された可能性もありますので、注意が必要です。

**(Q)規格の異なる後発品への変更について③** [「先発品OD錠」→「後発品のカプセル」]

(A)この場合は、明らかな剤形違いなので、疑義照会が必要になると考えます。ただし、後発品には規格のないものに“後発品への変更を可とする処方せん”が出されたことで、医師は変更を了解しているとも受け取れますので、今後の運用の中で何らかの対策がなされる可能性も考えられます。

**(Q)カプセル剤しか存在しない後発品に対し、「先発品OD錠」を処方し、後発品への変更可とした場合、医師は2点高い処方せん料が算定できるか？**

(A)日医工MPSではわかりません。

「先発品OD錠」のみ、あるいは「先発品しか存在しない薬剤のみ」の処方せんであった場合、ルールを厳守すると2点高い処方せん料は算定できないと考えます。しかし、先発品OD錠が処方されていても、その処方せんに「後発品のある薬剤」が併用されていれば問題なく算定可能です。ただしこのケースのように同成分の後発品が存在する場合は、グレーゾーンと判断して算定される医療機関も出てくると考えられます。

## 後発品への変更可処方せんについての日医工MPS見解②

(2006年4月10日時点の見解です。今後変わることもあります)

### (Q)後発品から後発品への変更は？

(A)4月7日の薬剤師会疑義解釈で可とされました。患者の同意と処方薬の処方元への情報提供については当然求められます。

### (Q)1物2名称などの変更は？

(A)日医工MPSではわかりません。

このケースは代替調剤の可否と、点数算定の可否とに分ける必要があります。1物2名称の薬剤は当然先発品であり、点数の算定対象にはなりません。また処方せん様式も「後発品への変更」となっているため、処方せんに別途「代替調剤を認める」との注釈を入れる必要があると思われます。昨年度から先行して代替調剤を認める処方せんを発行している医療機関の例を参考にした処方せんも増えてくることが考えられます。

### (Q)後発品から先発品への変更は？

(A)上記のケースを考えると点数算定は不可であり、代替調剤を可とするには、処方せんに別途注釈を入れる必要があると考えます。

### (Q)調剤情報の処方元への提供方法は？

(A)結局、明確な方法については指定されませんでした。「患者を介する情報提供は不可」として手帳はダメと報じた業界誌もありましたが、どのような方法でも良いことになりました。

情報提供の方法は地域の薬剤師会が決めてよいことにもなっていますので、地域薬剤師会が情報提供書式を定めるか、あるいは医療機関と調整の上、手帳の使用を進めるといった方法が主流になりつつあります。また情報を受けた医師は、薬剤名等をカルテへ記載する(反映する)ことが望ましいとされましたが、義務とはなりません。

# 2006年度診療報酬改定を読む

国の政策の柱は、平均在院日数の短縮と病床数削減

厳しい改定は、医療機関の淘汰を進めるため？

医療機関の選択を市場に委ねるために情報開示が進む

患者負担増の政策の中でジェネリックの利用が進む

急性期病院は、

質の高い病院を目指し、地域連携をさらに強化する

慢性期病院は、

医療度の高い患者確保のために、地域連携を強化する

診療所は、

在宅療養支援診療所を目指し、24時間体制を進める

保険薬局は、

24時間体制、地域連携を進め、脱医療保険依存を目指す

患者は、・・・