

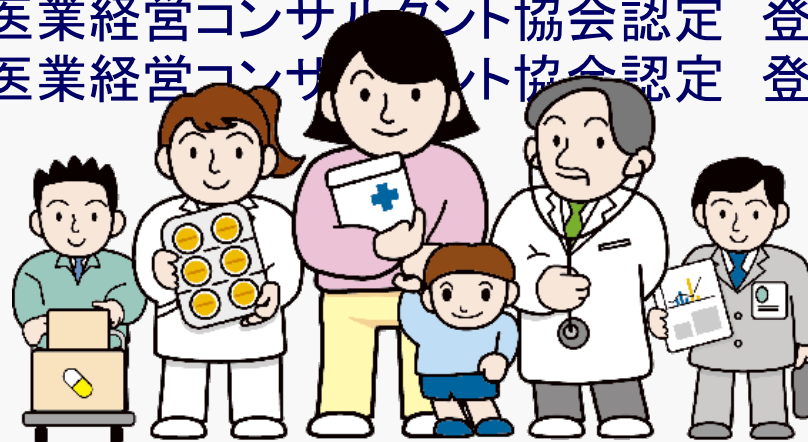
日医IMP行政情報シリーズ

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/index.php>

2010年度診療報酬改定 「調剤報酬」

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム

(菊地祐男 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217)
(長岡俊広 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第5153)
(山岸義彦 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4310)



資料No.220217-170



日医工株式会社

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

2010年度診療報酬改定
平成22年度診療報酬改定

2010年度診療報酬改定率

平成22年度予算大臣折衝資料
2009年12月23日

厚労省は、「長期収載品の追加引き下げ(▲2.2%)は、後発品への置き換えが進まなかった分の精算のために行うものであり、追加引き下げ分は次期薬価改定率には含まない」としており、薬剤費削減額が約4500億円(薬価ベース改定率:▲5.75%)となる。追加引き下げ分を含んだ場合の薬剤費削減額は約5100億円(薬価ベース改定率:▲約6.5%)となる

2010年度 改定率	医療費ベース		備考	2002 年度	2004 年度	2006 年度	2008 年度
	薬価 改定率	▲1.23%		▲約4500億円	▲5.75%(薬価ベース) 通常改定、再算定(市場 拡大、長期収載、等)	▲1.3%	▲0.89%
材料価 改定率	▲0.13%	▲約500億円		▲0.1%	▲0.16%	▲0.2%	▲0.1%
診療報酬 改定率	+1.55%	+約5700億円	医科:歯科:調剤 1:1.2:0.3 (1.74%:2.09%:0.52%)	▲1.3%	±0%	▲1.36%	+0.38%
全体 改定率	+0.19%	+約700億円	+約160億円 (国庫負担)	▲2.7%	▲1.0%	▲3.16%	▲0.82%

調剤は0.52%アップ

調剤報酬改定のポイント

「後発医薬品調剤体制加算」算定方法が数量ベースに

⇒現行は8割の薬局が算定、改定後に算定できるのは3割？

「一包化加算」

⇒一包化薬で調剤日数の多い薬局だとマイナス？

「薬剤服用歴管理指導料」

⇒ハイリスク薬の患者指導及び以前の後期高齢者でお薬手帳に記載が出来れば

「調剤基本料」特例点数（処方せん集中率の高い薬局）

⇒どんな薬局が対象になるのか？

（医療機関の少ない地域の薬局、大型門前薬局）

「漢方薬」が多い薬局

⇒湯薬についてはプラスだが・・・、「後発医薬品調剤体制加算」の算定は難しい

調剤

内服薬調剤料（一包化加算）

一包化については、現行の一包化薬調剤料を廃止し、内服薬調剤料の加算として整理するとともに、57日目以降の評価を一定とする。また、内服薬調剤料について、投与日数が15日分以上の場合の評価を引き上げるとともに、31日分以上の区分を創設する。

改定前	改定後(2010年4月)
<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>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>【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 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</p> <p>ロ 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>

一包化加算の変更例①（日医IMPS）

3剤・14日処方

改定前	一包化しない場合		個別点数 倍数 調剤点数 調剤数 合算点数 総合点数					
			1日～7日	5	7	35		
	内服調剤料	8日～14日	4	7	28			
					63	3	189	189
一包化した場合		個別点数 倍数 調剤点数 調剤数 合算点数 総合点数						
一包化薬	7日を超えるごとに	89	2	178	1	178	178	

改定後	一包化しない場合		個別点数 倍数 調剤点数 調剤数 合算点数 総合点数					
			1日～7日	5	7	35		
	内服調剤料	8日～14日	4	7	28			
					63	3	189	189
一包化した場合		個別点数 倍数 調剤点数 調剤数 合算点数 総合点数						
内服調剤料	1日～7日	5	7	35				
	8日～14日	4	7	28				
一包化加算	7日を超えるごとに	30	2	60	1	60	249	

一包化加算の変更例②（日医工MPS）

3剤・30日処方

改定前

一包化しない場合			個別点数	倍数	調剤点数	調剤数	合算点数	総合点数
内服調剤料	22日以上		77	1	77	3	231	231
一包化した場合			個別点数	倍数	調剤点数	調剤数	合算点数	総合点数
一包化薬	7日を超えるごとに		89	5	445	1	445	445

改定後

一包化しない場合			個別点数	倍数	調剤点数	調剤数	合算点数	総合点数
内服調剤料	22日以上30日以下		81	1	81	3	243	243
一包化した場合			個別点数	倍数	調剤点数	調剤数	合算点数	総合点数
内服調剤料	22日以上30日以下		81	1	81	3	243	
一包化加算	7日を超えるごとに		30	5	150	1	150	393

一包化加算の変更例③ (日医IMPS)

3剤・60日処方

改定前

一包化しない場合			個別点数	倍数	調剤点数	調剤数	合算点数	総合点数
内服調剤料	22日以上		77	1	77	3	231	231
一包化した場合			個別点数	倍数	調剤点数	調剤数	合算点数	総合点数
一包化薬	7日を超えるごとに		89	9	801	1	801	801

改定後

一包化しない場合			個別点数	倍数	調剤点数	調剤数	合算点数	総合点数
内服調剤料	31日以上		89	1	89	3	267	267
一包化した場合			個別点数	倍数	調剤点数	調剤数	合算点数	総合点数
内服調剤料	31日以上		89	1	89	3	267	
一包化加算	57日以上		270	1	270	1	270	537

調剤

湯薬の調剤料

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。

改定前	改定後(2010年4月)
【湯薬】(1調剤につき) 190点	【湯薬】(1調剤につき) イ 7日分以下の場合 190点 (改) ロ 8日分以上 28日分以下の場合 (1) 7日目以下の部分 190点 (改) (2) 8日目以上の部分(1日分につき) 10点 (新) ハ 29日分以上の場合 400点 (新)

調剤

薬剤服用歴管理指導料

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。)

改定前	改定後(2010年4月)
<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</p>

調剤

薬剤服用歴管理指導料（ハイリスク薬）

ハイリスク薬が処方された患者に対して、当該ハイリスク薬の効果や関連副作用の自覚症状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詳細に説明し、指導を行った場合を評価するため、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

改定前	改定後（2010年4月）
<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>注 特に安全管理が必要な医薬品を調剤した場合であつて、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場合は、所定点数に4点を加算する。</p> <p>＜特に安全管理が必要な医薬品＞ 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>

調剤

調剤基本料

調剤基本料の特例について、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等の算定に係る処方せんを受付回数から除いた上でその要否を判断することとともに、評価の引上げを行う。

改定前	改定後(2010年4月)
<p>【調剤基本料】 (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】 (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>

※ 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及び介護保険における居宅療養管理指導費の算定に係る処方せんを受け付けた場合については、処方せんの受付回数に含めないこととする。

18点の特例点数を算定しているのは、全国の薬局約5万300軒のうち、約600軒(1%強)程度(厚生労働省医療課)

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」については、青字の「**後発医薬品**」で表記。

後発医薬品調剤体制加算

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。

改定前	改定後(2010年4月)
<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> <p>1 20%以上 6点 (改)</p> <p>2 25%以上 13点 (改)</p> <p>3 30%以上 17点 (改)</p>
<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か月間の医薬品の調剤数量(調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。)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>

後発医薬品調剤体制加算（注釈）

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。

漢方薬は除外とならなかった

次ページに品目リスト

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予定であるが、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箇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箇月実績分まで、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箇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箇月実績については、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。

1～3月は現行通り8成分16品目を調剤割合にカウントできる。

4月以降は、1～3月の実績で20%以上の調剤薬局に限り、9月まで3カ月間の平均実績の変動が1割以内（18%以上まで）であれば加算可能となる。7～9月までは平均18%以上なら算定できるが、8～10月は元の20%以上に達する必要がある。8～10月に20%以上に達しなかった場合（8月が18%、9月が18%、10月が20%の場合でも3カ月の平均は18.7%となり算定できない）には、11月の届け出期間を挟み、12月から加算が算定できなくなる。

「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予定の品目

成分名(薬効分類等)【8成分9銘柄16品目】			
除外予定品目	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)			
1 ハイセレニン細粒 40%	シェリング・プラウ	デパケン細粒 40%	協和発酵キリン
②塩酸アンブロキシソール(去たん剤)			
2 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	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)			
3 テオロング錠 50mg	エーザイ	テオドール錠 50mg	田辺三菱製薬
4 テオロング錠 100mg	エーザイ	テオドール錠 100mg	田辺三菱製薬
5 テオロング錠 200mg	エーザイ	テオドール錠 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)			
6 アモリンカプセル 125	武田薬品工業	パセトシンカプセル 125	協和発酵キリン
7 アモリンカプセル 250	武田薬品工業	サワシリンカプセル 250 サワシリン錠 250 パセトシンカプセル 250 パセトシン錠 250	アステラス製薬 協和発酵キリン
8 アモリン細粒 10%	武田薬品工業	サワシリン細粒 10% パセトシン細粒 10%	アステラス製薬 協和発酵キリン
⑤セファレキシン(セフェム系抗生物質)			
9 センセファリンカプセル 250	武田薬品工業	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))			
10 メジテック	日本メジフィジックス	ウルトラテクネカウ	富士フィルムRIファーマ
⑦マルトース(糖輸液)			
11 マドロス輸液 10%(500mL製剤)	扶桑薬品工業	マルトース輸液 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)			
12 マレントール注射液250mL製剤(瓶)	日本製薬	ポタコールR輸液 ポタコールR	大塚製薬工場
13 マレントール注射液250mL製剤(袋)	日本製薬		
14 マレントール注射液500mL製剤(瓶)	日本製薬		
15 マレントール注射液500mL製剤(袋)	日本製薬		
16 ソルラクトTMR輸液(250mL製剤)	テルモ		

薬価改定の作業中であることから、除外品目に変更があった場合は、速やかに周知することとする。また、薬価改定の告示にあわせて、最終的な除外品目について、改めて公表することとする。

数量ベース比の計算方法概念（日医工MPS見解）

月単位で集計

パターンA
A錠をジェネリックに変更

【処方薬剤】
 A錠(1日3回14日分) [42錠 = 42単位]
 Bカプセル(1日1回14日分) [14Cp = 14単位]
 C軟膏(10g×2本) [20g = 20単位]
 D湿布薬(7枚×2) [14枚 = 14単位]
総処方単位数(42 + 14 + 20 + 14) = 90単位

パターンB
Bカプセルをジェネリックに変更

【調剤薬剤】
a錠(ジェネリック) [42錠 = 42単位]
 Bカプセル(1日1回14日分) [14Cp = 14単位]
 C軟膏(10g×2本) [20g = 20単位]
 D湿布薬(7枚×2) [14枚 = 14単位]
ジェネリック調剤単位数 = 42単位

【調剤薬剤】
 A錠(1日3回14日分) [42錠 = 42単位]
bカプセル(ジェネリック) ... [14Cp = 14単位]
 C軟膏(10g×2本) [20g = 20単位]
 D湿布薬(7枚×2) [14枚 = 14単位]
ジェネリック調剤単位数 = 14単位

数量ベース比 $42 / 90 = 0.4666$
46.7%

数量ベース比 $14 / 90 = 0.1555$
15.6%

「後発医薬品調剤体制加算」算定のイメージ

4月から

	1月	2月	3月	3ヶ月の計
後発医薬品の調剤数量	1,700	1,700	2,400	5,800
全医薬品の調剤数量 (エンシュアリキッド等を除く)	10,000	8,000	11,000	29,000
	17.0%	21.3%	21.8%	20.0%

4月より算定可能
(6点)

	1月	2月	3月	3ヶ月の計
後発医薬品の調剤数量	2,400	1,900	3,000	7,300
全医薬品の調剤数量 (エンシュアリキッド等を除く)	10,000	8,000	11,000	29,000
	24.0%	23.8%	27.3%	25.2%

4月より算定可能
(13点)

1月～3月は現行通り「8成分9銘柄16品目」(p14リスト)を調剤割合にカウントする

「後発医薬品調剤体制加算」算定のイメージ

経過措置：1月から3月の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

	7月	8月	9月	3ヶ月の計
後発医薬品の調剤数量	2,000	1,500	2,100	5,600
全医薬品の調剤数量 (エンシュアリキッド等を除く)	10,000	8,000	11,000	29,000
	20.0%	18.8%	19.1%	19.3%

経過措置により
算定可能(6点)

	7月	8月	9月	10月	3ヶ月の計
後発医薬品の調剤数量	2,000	1,500	2,100	2,200	5,800
全医薬品の調剤数量 (エンシュアリキッド等を除く)	10,000	8,000	11,000	11,000	30,000
	20.0%	18.8%	19.1%	20.0%	19.3%

経過措置期間後
のため算定不可

11月に届け出て、
12月から算定できない

「後発医薬品調剤体制加算」算定のポイント

- ① 生活習慣病等、処方日数の多い薬剤
- ② 一日3回服用といった、服用回数が多い薬剤の後発品
- ③ 外用剤は単位数が多くなる傾向
- ④ 頓服・急性期疾患（感冒等）に関する薬剤は、調剤数量率に影響しにくい

含量違いの後発医薬品への変更

改定後(2010年4月)

(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。

類似した別剤形の後発医薬品への変更

改定後(2010年4月)

(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、外用薬については、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。

「外用薬の場合」は2月5日の
中医協配布資料から削除され、
今回は対象外となった

後発医薬品への変更に係る情報共有

改定後(2010年4月)

(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。

明細書発行義務化

(1)レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関等について

改定後(2010年4月)

レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等が使用しているレセコンは、明細書発行機能が付与されているものが大半(注1)であり、また、検証部会の調査結果では明細書の発行は大半が無償で行われていることから(注2)、明細書発行義務を拡大する基盤は整いつつある。一方で、既存機器の改修等が必要な医療機関もあること等を考慮しつつ、今般、患者から求めがあった場合に明細書を発行するという現行の取扱いを改め、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等については、以下に掲げる正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとする。

その際、保険医療機関等においては、その旨を院内掲示等により明示するとともに、明細書の発行を希望しない患者等への対応については、会計窓口に「明細書を希望しない場合は申し出て下さい」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにするものとする。

正当な理由は次ページに事例

(注1)

レセコンベンダへの聞き取り調査によれば、

- ・ 医科ベンダ20社中、明細書発行に対応しているベンダは19社(うち手間がかからず印刷可能なベンダは11社)
- ・ 歯科ベンダ16社中、明細書発行に対応しているベンダは16社(うち手間がかからず印刷可能なベンダは14社)
- ・ 調剤ベンダ20社中、明細書発行に対応しているベンダは14社(うち手間がかからず印刷可能なベンダは6社)

※ 画面切り替えは、レセコンの仕様によるが、30秒程度かかるとのこと

(注2)

平成21年度の検証部会調査(「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」)によれば、明細書を発行している保険医療機関等の71.0%が無料で明細書を発行しており、患者の43.4%が無料であれば明細書発行を希望すると回答している。

明細書発行義務化

「正当な理由」の考え方

①発行関係

イ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している保険医療機関等である場合

ロ 自動入金機を活用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関等である場合

②費用徴収関係(実費徴収が認められる場合)

上記①のイ又はロに該当する場合

「DPCに関する明細書」について

DPCに関する明細書については、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とする。

上記の正当な理由に該当する場合には、保険医療機関等はその旨及び希望する患者には明細書を発行する旨を院内掲示で明示するとともに、地方厚生局にその旨の届出を行うこととする。

また、各保険医療機関等は、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額について、院内に掲示するとともに、その内容を地方厚生局に届け出るものとする。

(2)レセプト電子請求が義務づけられていない保険医療機関等について

改定後(2010年4月)

医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、これらの保険医療機関等は明細書を即時に発行する体制が整っていないと考えられることを配慮して、当該保険医療機関等の明細書発行に関する状況(明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額)を院内に掲示することとする。

参考(医科)

後発医薬品使用体制加算

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創設する。

改定後(2010年4月)

(新)【後発医薬品使用体制加算】(入院初日) **30点**

[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。)

[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。

参考(医師療担)

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。

改定後(2010年4月)

「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。」

参考

処方せん様式等の見直し

処方せん様式等の見直しについて

改定後(2010年4月)

処方せん及び調剤レセプトに、以下の記載を加えることとする。なお、経過措置期間を設け、平成 22 年9月までは従前の様式でも可とする。

- (1) 都道府県番号(都道府県別の2桁の番号)
- (2) 点数表番号(医科は1、歯科は3)
- (3) 医療機関コード(医療機関別の7桁の番号)

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	男・女	電話番号					
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 印					
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード						

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	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印																		
	保険医署名																		

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																				

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。その際、処方箋の一部について後発医薬品への変更を差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。
 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。

2010年度の 新処方せん様式

太破線内が追加された

- ・都道府県番号
- ・点数表番号
- ・医療機関コード