

# 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)

調剤報酬  
処方関係

## 「2006年度診療報酬改定③」

—調剤報酬・処方関係—

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)

本資料は、4月10日  
までの情報に基づいて  
改正点を中心に作成  
しています。  
最終的には通知資  
料等でご確認ください。



資料No.180410-40-33  
作成：2006.4.10



日医工株式会社

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

# 医療費の内容のわかる領収書

- 保険医療機関等に医療費の内容のわかる領収書の発行を義務付ける療養担当規則を改正し、医療費の分かる領収書を無償で交付することとなった。（点数表の各部単位で金額の内訳が分かるもの、様式例示）

施行日は2006年4月（経過措置は6ヶ月）
- 患者からの求めにより、さらに詳細な医療内容がわかる明細証の発行に努める。（実費相当徴収可、100円程度か？）

調剤報酬用  
別紙様式3

(別紙様式3)

領 収 証

患者番号	氏 名		
		様	
領収証No.	発 行 日	費 用 区 分	負担割合
	平成 年 月 日		
保 険	調剤技術料	薬学管理料	特定保険医療材料料
	点	点	点
保 険 外 負 担	選定療養等	その他	
	(内訳)	(内訳)	
		保 険	保険外負担
合 計		円	円
負担額		円	円
領収額合計			円

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇〇〇  
〇〇〇〇薬局

領収印

算定しない項目についてはあらかじめ除外することができる。

保険薬局についても同様に「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」が変更され、内容のわかる領収書の提供が求められる。（別紙様式3として例示された）

詳細な明細付き領収書発行は、広告も可能であり、地域にアピールする戦略ともなる。また患者さんから明細付き領収書を求められたときの対応も決めておく必要がある。

# ＜医科診療報酬 投薬＞処方料、処方せん料

処方料		現行	改定後
特定疾患処方管理加算 (診療所、200床未満病院)	処方日数28日以上、月1回	45点	65点(+20点)
	上記以外、月2回	15点	15点(±0点)
処方料	7種類以上の内服薬	29点	29点(±0点)
	上記以外	42点	42点(±0点)
処方せん料		現行	改定後
処方せん料1	7種類以上の内服薬	後発品含む 43点	42点(-1点)
		後発品含まない 41点	40点(-1点)
処方せん料2	上記以外	後発品含む 71点	70点(-1点)
		後発品含まない 69点	68点(-1点)
特定疾患処方管理加算 (診療所、200床未満病院)	処方日数28日以上、月1回	45点	65点(+20点)
	上記以外、月2回	15点	15点(±0点)

- ・後発品は1種類以上含めば2点高い点数を算定可
- ・後発品は、銘柄名および一般名の記載でも2点高い点数を算定可
- ・先発品の銘柄名記載でも、変更可処方せん(「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 2点高い点数を算定可
- ・一般名記載又は、変更可処方せん先発品名記載する場合で2点高い点数を算定できるのは、後発品が存在していることが条件となる。
- ・一般名処方、又変更可処方せんにおいて、保険薬局で選択の結果先発品を処方した場合でも処方せん料の減額、差額の返還の必要はない。

マイナス改定の中で、長期投与に関する点数が“これでもか！”と評価されたのは、さらに長期投与を進めたいとの意向があるから。20点上げても再診料等が減る分医療費は抑制できる。

## 後発品使用促進のための処方せん様式変更

- ・ 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、当該処方せんに係わ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。

様式第二号（第二十三条関係）

# 新処方せん様式

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
	区分	被保険者	被扶養者	電話番号	
				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					
	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				
	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				
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					公費負担医療の受給者番号
保険薬剤師氏名					印

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

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。

## 代替調剤拡大へのブレーキ

- ①処方せん様式は、当面は旧タイプも使用できる  
(新しい様式を使用することが原則である)
- ②処方した薬剤名は処方元の医療機関に、情報提供しなければならない
- ③剤形違い、容量違い等の代替処方は、疑義照会が必要となる  
(錠→CP、容量違いの分包など)
- ④先発品と適応症が異なる場合は変更は出来ない
- ⑤後発品の存在しない先発品だけの処方せんは、2点高い処方せん料の算定はできない

相当の決意をもって進められようとした後発品の使用促進策も、いよいよ実施となった時にはブレーキを踏まれたようにも感じられた。しかし本当にジェネリックが認知されて使用拡大となるためには、越えなくてはならないハードルなのかもしれない。

## <調剤報酬> 調剤基本料

現行				改正後	
	受付回数	集中度	1回につき	処方せん受付1回につき	
調剤基本料1	4,000回以下	70%以下	49点	調剤基本料	42点
調剤基本料2	4,000回超	70%超	21点	(4,000回超、70%超)	19点
調剤基本料3	上記(1,2)以外		39点		

基準調剤加算1	10点(点数の変更なし)
基準調剤加算2	30点(点数の変更なし)
* 医薬品に加えて、医療機器の安全性情報の提供体制が追加された。	

調剤基本料は患者視点で見た場合、わかりにくい点数として大幅な改定が予測されており、1本化も議論されていたが、今回は2本建てとなった。

ただし調剤基本料としては1つになり、4000回超70%超が例外扱いとなったため、次回改定ではこの例外が無くなる形で1本化となる可能性が高い・・・が、42点が何点になって一本化するかを予想すると、次回改定も厳しくなると予測される。

## <調剤報酬>調剤料

イ、14日分以下の場合	現行	改定後
7日目以下の部分(1日分につき)	5点	5点
8日目以上の部分(1日分につき)	4点	4点
ロ、15日以上21日分以下の場合	70点	68点 (-2点)
ハ、22日分以上30日分以下の場合	80点	77点 (-3点)
ニ、31日分以上の場合	88点	
1剤につき(3剤まで)、浸煎製剤、湯製剤、一包化製剤を除く		

湯薬・浸煎薬の調剤料	現行	改正後
湯薬(1調剤につき)	120点	190点(+70点)
浸煎薬(1調剤につき)	120点	190点(+70点)

調剤料の算定方法は患者にわかりにくいため、「剤」の見直しを含めて前回から改定が進められている。今回は15日以上が引き下げられて22日以上はマルメられたので、次回は15日以上がマルメられると考えるのが妥当。次々回では14日以下、あるいは「剤」の見直しを含めて抜本的に改定される可能性もある。湯薬・浸煎薬は大幅に上がったが、対象が少ないので改定率への影響も少ない。

## <調剤報酬>後発医薬品調剤加算

後発医薬品調剤加算

1調剤につき

2点(変更なし)

後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1剤に係る所定点数）に1調剤につき2点加算する。

- \* 一般名処方及び、変更可処方せん\*については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。
- \* 後発医薬品の銘柄指定でも算定できる。
- \* 内服薬は1剤につき、その他のものは1調剤につき2点を加算する。
- \* 1剤に複数の後発医薬品が含まれている場合でも2点を加算する。

### ◎計算例(2剤4種類)

処方例 ①先発A(1日2回食後)、**後発B**(1日2回食後)

②先発C(1日3回食後)、**後発D**(1日3回食後)

14日投与の計算式: (5点×7日+4点×7日+**2点**)×2剤=130点

今回は点数の増減はなかったが、変更可処方せんでも算定できるように変更された。

\* :本資料では、後発医薬品への変更可欄に署名等のある処方せんを「変更可処方せん」と読み替えて表記しています。

## <調剤報酬> 薬剤情報提供料

		現行	改正後	
薬剤情報提供料1	処方せん受付1回につき月4回まで(処方変更後月4回)	17点	薬剤情報提供料	15点(−2点) 手帳に限定する
薬剤情報提供料2	月1回限り (処方内容変更は、その都度)	10点	廃止 (薬剤服用歴管理料に含む)	

- ・調剤日
  - ・薬剤の名称(一般名処方せん&変更可処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称)
  - ・用法用量
  - ・相互作用、その他服用に際して注意すべき事項
- 以上の項目を患者の手帳に経時的に記載する。

また今まであった下記の項目は要件から削除され、「薬剤服用歴管理料」の要件になった。  
形状(色、剤形等)、効能効果、副作用、服用又は保管取り扱い上の注意事項、保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名、保険薬局又は薬剤師の連絡先等

薬剤情報提供料は手帳に限られ文書によるものは廃止された。薬剤情報提供料2(10点)が「薬剤服用歴管理料(+5点)」に含まれて、算定回数が月1回限りから処方せん受付1回に付きとなり、実質算定回数制限が緩和となった。よって月2回処方せんを受け付ける患者では見かけ上の増減はない。

## <調剤報酬> 薬剤服用歴管理料

薬剤服用歴管理・ <del>指導料</del> (処方せん受付1回につき)		現行	改正後
		17点	22点 (+5点)
<del>特別指導加算</del> →服薬指導加算	月の1回目	28点	22点 (-6点)
	月の2回目以降	26点	22点 (-4点)
麻薬管理指導加算		8点	(変更なし)
重複投薬・相互作用防止加算	処方変更が行われた場合	20点	
	処方変更が行われなかった場合	10点	

### 文書による情報提供が必要な項目(重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で)

- ・薬剤の名称(一般名処方&変更可処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称)、形状(色、剤形等)
- ・用法用量、効能効果
- ・副作用、相互作用
- ・服用及び保管取り扱い上の注意事項
- ・保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名
- ・保険薬局又は薬剤師の連絡先等

(旧)薬剤情報提供料2  
(文書による薬剤情報)  
の要件を追加

### 薬剤服用歴に記載が必要な項目

- ・氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録
- ・処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録
- ・調剤日、処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
- ・患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録
- ・飲食物(現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る)の摂取状況等
- ・患者又はその家族等からの相談事項の要点
  - ・指導した保険薬剤師の氏名
- ・服薬状況
  - ・合併症の情報
  - ・他科受診の有無
- ・併用薬(一般用医薬品を含む)の情報
- ・副作用が疑われる症状の有無

## <調剤報酬> 薬剤服用歴管理料 服薬指導加算

特別指導加算→服薬指導加算	月の1回目	28点	22点 (-6点)
	月の2回目以降	26点	22点 (-4点)

### <服薬指導加算の算定要件等>

- ・保険薬剤師が患者又は家族等と対話することで情報収集するとともに、薬剤服用歴の記録に基づいて、投与された薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行った場合に算定
- ・服薬指導は、処方変更の内容のほか、新たに収集した患者情報をもとに薬学的知識に基づき分析・検討を行い指導するものであり、薬剤服用歴の記録にはその分析・検討の結果及び指導の要点を記載するとともに、その都度過去の薬歴参照した上で、必要に応じて指導内容を見直すこと。

### <旧点数(特別指導加算)の算定要件等>

- ・薬剤師が患者又は家族等と対話することで情報収集するとともに、薬剤服用歴の記録に基づいて、投与された薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行った場合に算定
- ・収集した患者情報をもとに薬学的知識に基づき分析・検討を行い、その分析・検討の結果及び指導の要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、少なくとも月1回は過去の薬歴を参考に指導方法を見直し、必要に応じてその後の指導に反映させる
- ・特別指導の内容は、新たに追加される患者情報に応じて、少なくとも月1回は見直しを行い、処方変更に応じて適宜必要な指導を行う
- ・処方内容に変更があった場合(当初受付処方せんと同一の疾患又は負傷に係るものに限る)又は当初受け付けた処方せんと異なる疾患又は負傷による処方があった場合のいずれも月の2回目以降として算定する

赤線部分が変更

## <調剤報酬> 後発医薬品情報提供料

現行	改正後
医薬品品質情報提供料	後発医薬品情報提供料
10点	10点(±0点)

一般名処方による処方せん又は、変更可処方せんを受け付けた場合において、次に掲げる事項を、保険薬剤師が作成した文書（保険薬剤師が記載した手帳でも可とする）等により交付し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合その種類数にかかわらず10点を算定する。

後発医薬品を調剤した場合には、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。

情報提供の方法や手段は定められていない

適切な価格の情報であれば、方法は問われない

### <文書による情報等>

一般名、剤形、規格、内服薬にあつては、製剤の特性（普通製剤、腸溶製剤、徐放性製剤等）、備蓄医薬品の一覧とその品質（溶出性等）に関する情報、先発医薬品との薬剤料の差に係る情報、保険薬局の名称並びに、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

後発医薬品情報提供料はジェネリックから先発品への変更では算定できないが、ジェネリックからジェネリックへの変更については、患者へ新たに情報提供が必要になるため算定可能と考えられる。

## <調剤報酬>後発医薬品情報提供料（算定の概要）

### <2002年度「医薬品品質情報提供料」の算定概要から>

- \* 2回目以降は、新たな後発品を選択した場合のみ算定可
- \* 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者には算定不可
- \* 後発品の銘柄記載の処方せんで算定不可
- \* ~~一般名処方により、後発品を調剤したことによる医師への連絡は必要ない。~~
- \* 先発品と後発品に適応症の違いがある場合、これを無視して調剤することは出来ない。
- \* 情報提供の結果、先発品を処方した場合は算定不可。
- \* 情報提供の結果、患者負担が高くなる場合は文書により説明することが必要。後は患者の選択と判断である。
- \* 1つの医薬品でも該当すれば算定可能。
- \* 品質情報は、添付文書、インタビューフォーム、オレンジブック等から引用する。

「後発品医薬品情報提供料」においても、単に“前回と同じ”では算定不可。別の薬剤から戻った場合や、風邪等で間隔が開き必要な情報提供を行った場合には算定可となる

後発医薬品情報提供料の算定要件に「処方元へ調剤した銘柄名の情報提供」が追加された。情報提供の方法について規定はなく、地区の薬剤師会において、様式を作成したり、手帳の利用を勧められたりしている。今後は手帳の利用が進むと考えられるが、風邪のように次回の受信が不定の場合などは別途配慮する必要があると思われる。

手帳に限定された薬剤情報提供料の要件に「現に調剤した薬剤の名称の記載」が追加されたことは、“手帳”が、医師と薬剤師のコミュニケーションツールとして重要性を増したと考えられる。

# 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。