

# 日医工MPS行政情報シリーズ

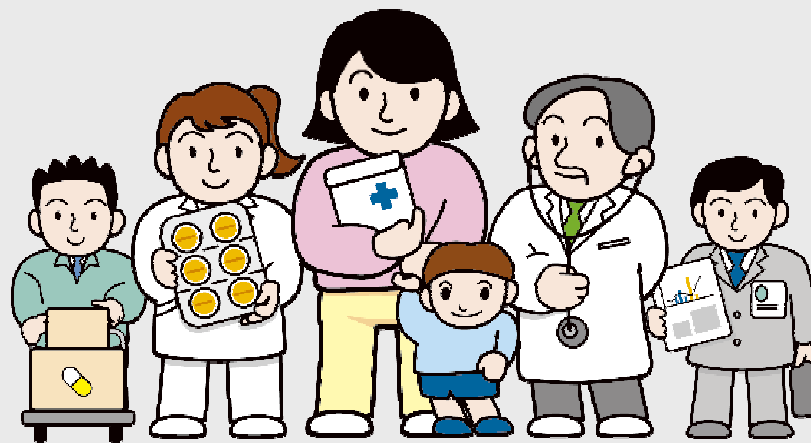
[http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps\\_m.html](http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html)

12月5日の  
中医協基本小委  
議事内容まで

## MPSレポート 「2008年度診療報酬改定予測」

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)



本レポートは中医協  
などで議論中の項目を  
参考に日医工MPSの  
予測を加えています。

確定したものではあり  
ません。

(2007年12月5日)

資料No.191205-87



日医工株式会社

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

# 2008年度診療報酬改定予測 「外来医療」

未確定

## 初診料・再診料

### 「初診料・再診料・時間外加算」

診療所の夜間診療の評価を引き上げ、初再診料の点数を引き下げる  
掲示時間内でも午後6時以降の診療であれば、時間外加算の算定を可能にする

- ・現在の時間外加算の対象となる標準時間帯は午前8時以前と午後6時以降(土曜は午前8時以前と正午以降)、しかし午後6時以降でも掲示時間内であれば時間外診療にならない 掲示時間内の評価を見直す
- ・診療所の夜間診療の点数自体の引き上げについては、夜間だけ診療して時間外の加算は算定できないよう、週の診療時間は「30時間以上」などと規定する
- ・診療所の診療時間延長が広がるのに伴い、保険薬局についても時間外調剤の評価を上げる

### 「外来管理加算」

新たに算定の目安となる時間を設定する

5～10分(10分を超えない程度)

- ・「外来管理加算」の算定には一定の時間以上をかけることを要件とする

# 「外来医療」

未確定

## 糖尿病対策

### 「生活習慣病管理料」

患者負担を軽減し算定施設を増やすために点数を引き下げる  
療養計画書の記載内容を見直す

- ・現在の算定医療機関は11.3%、うち53.4%が高額点数と患者負担増を敬遠理由としたため、点数を引き下げる

### 「フットケア」

糖尿病ハイリスク患者のケアのため、「糖尿病足病変」(フットケア)に点数を新設

- ・糖尿病神経障害や末梢動脈疾患などが原因で起こる「糖尿病足病変」(足趾の変形・潰瘍・壊疽)の患者に対し、医師の判断に応じて、看護師などが病変悪化を防止するための専門的指導(\*)などを行った場合[\* : 医師や看護師による観察(詳細なアセスメント)、処置(爪切り、足浴、消毒)、指導(靴選び、足浴指導、マッサージなど)を想定]

### 「人工腎臓(透析)」

長時間(4時間以上)をかけて透析を行った場合の点数を高くする

- ・血圧低下や下肢筋肉のけいれんなどの副作用を防ぐため透析時間を長くせざるを得ない場合など、慢性透析に関する包括点数を透析時間に応じて評価する

# 「外来医療」

未確定

## 老人保健施設の医療

### 「老人保健施設の麻薬管理」

老人保健施設にて保険医療機関の医師が医療用麻薬を処方した場合に出来高算定を可能とする

現行では老健の薬剤費は介護保険で包括されており、医師が処方しても算定できないが、老健施設をがん患者の療養の場とするため、麻薬の処方を医療保険で算定できるようにする

- ・医療用麻薬を出来高算定できるのは、医療機関の医師が処方した場合(老健施設の医師が処方しても対象としない)
- ・介護療養病床でも同様の取り扱い(院内の医師でOK)
- ・現行では保険薬局では交付できない疼痛緩和に必要な一部の医療用麻薬や鎮痛剤用のバルーン式ディスポーザブル連続注入器などを保険薬局で交付できるようにする

# 「有床診療所」

未確定

## 有床診療所

### 「入院基本料」

入院患者の急変時対応の体制(他の病院や診療所と緊密な連携等)を評価する

- ・夜間2人以上の看護師を配置するなどの手厚い看護体制
- ・有床診の医師が対応できない場合に、ほかの医療機関の医師が対応する体制について事前届出を求める

有床診療所は第5次医療法改正により入院制限規定が今年1月に廃止され、その時に入院患者の病状が急変した場合に適切な治療を提供することや、ほかの医療機関と緊密な連携を確保する努力義務が規定された。この努力義務を果たしている有床診療所を評価する。夜間の看護体制(看護師か准看護師)として2人以上配置している有床診は約15%

未確定

# 「入院医療」

## 急性期

### 「7:1入院基本料」

看護配置基準による診療報酬体系を「看護必要度」により評価する

- ・7:1基本料の「看護必要度による評価」は、ハイケアユニットで使用している「重症度・看護必要度評価票」を加工して使用する
- ・7:1基本料を算定するための要件に医師の配置要件導入を検討  
(例:15人/100床)
- ・7:1基本料を算定できなくなる病院の救済措置として、10:1基本料に看護補助者を評価することを検討
- ・7:1基本料は病院単位とし、病棟単位での算定はしない(転室を繰り返す患者の負担増や医師の負担増大から)

図表2 「重症度・看護必要度評価票」‘特殊な治療法等’、「急性期一般病棟用(案)」‘専門的な治療・処置’

重症度・看護必要度評価票 (ハイケアユニット)	急性期病院一般病棟
A モニタリング及び処置等	A モニタリング及び処置等
15 特殊な治療法等	専門的な治療・処置
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ CHDF(持続的血液濾過透析)</li> <li>・ IABP(大動脈バルーンパンピング)</li> <li>・ PCPS(経皮的心肺補助法)</li> <li>・ 補助人工心臓</li> <li>・ ICP(頭蓋内圧)測定</li> <li>等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 抗悪性腫瘍剤(注射薬)の使用</li> <li>② 麻薬(注射薬)の使用</li> <li>③ 放射線治療</li> <li>④ 免疫抑制剤(注射薬・内服薬)の使用</li> <li>⑤ 昇圧剤(注射薬)の使用</li> <li>⑥ 抗不整脈剤(注射薬)の使用</li> <li>⑦ ドレナージの管理</li> </ul>

2007年11月30日「中医協診療報酬基本問題小委員会」配布資料

# 「入院医療」

未確定

1日1人60点(14日まで)  
医師数100床あたり12名

## 「入院時医学管理加算」

大病院に入院医療を重視させるための「入院時医学管理加算」を評価する

- ・現在の要件「常勤医師数の配置」「入院外来比1:1.5」
- ・検討されていた要件  
救急患者に24時間対応、他の医療機関との連携に基づく外来の縮小、勤務医の負担軽減策、などの計画提出

## 感染症対策

### 「二類感染症の拡大防止」

個室での療養を評価する

- ・二類感染症の「急性灰白髄炎」「結核」「ジフテリア」「重症急性呼吸器不全症候群(コロナウイルス)」

### 「血友病を伴うHIV感染者等の薬剤費の取り扱い」

血友病を伴うHIV感染者や後天性免疫不全症候群の患者に対する薬剤費を包括外にする



# 「入院医療」

未確定

## 慢性期・リハビリテーション

### 「特殊疾患療養病棟入院料」

[一般・精神]2008年3月末で廃止される予定を、神経難病に限定して継続する  
[療養]既に廃止され2008年3月末までの経過措置を延長する(手厚い看護配置)

一般・精神病棟の本入院料対象患者のうち「脳出血」や「脳梗塞」「認知症」などは除外し、本来の対象である「神経難病」などに限し、脳出血や脳梗塞の患者は療養病床などへ移行を促す

療養病棟の本入院料は既に廃止され、手厚い看護配置の病棟には経過措置(2008年3月末まで)が設定されているが、これをさらに延長する

### 「回復期リハビリ病棟」

病状の改善度合いに応じた評価にする

- ・「個人」の改善度合いを評価するのではなく「病棟単位」で評価する方針
- ・改善度合いを評価する基準の策定や、誰が評価するかなどが課題
- ・質評価の基準案(厚労省) 在宅復帰率、重症患者の入院率、重症患者の改善率



# 「入院医療」

未確定

## 「リハビリテーション料」

疾患別リハビリテーション料の逡減制を廃止して点数を一本化する  
リハビリテーション医学管理料は1単位の点数を疾患別に統一し、上限の単位数を定める

(例)「心大血管リハビリテーション料( )」  
120日まで1単位250点、120日超210点を、230点などに一本化し、早期加算(30日以内)を「脳血管疾患等」と「運動器」に導入する(2007年11月30日の基本小委への提案)

集団コミュニケーション療法(構音障害や失語症などの集団療法)を評価する  
障害児(者)リハビリテーション料を専門性や特殊性を踏まえて評価を充実する  
一定数以上の障害者を受け入れて専門的なリハビリ実施施設を評価する

## 薬剤管理

### 「ICU・HCU」

緊急対応が求められる集中治療室やハイケアユニットでの薬剤管理を評価する

### 「薬剤管理指導料」

投与量の加減により重篤な副作用が発現しやすい薬剤を使う患者の管理を評価する

# 「手術、麻酔、病理等の医療技術」

未確定

## 手術

### 「症例数による加減算」

症例数などに応じて手術料を加算・減算する仕組みの導入は今回も見送り、継続して検討する

### 「短期滞在手術基本料」

日帰り手術を推進するため、点数体系を見直す

・DPCで得られたデータから“手術”のみを評価した点数体系とし、現行の「短期滞在手術基本料2」は廃止する

## 病理

### 「病理学的検査料」

診療報酬点数表上、新しく「病理の部」を創設し、「第2節 病理学的検査料」として独立させる

・技術評価については、「医療技術評価分科会」と「先進医療専門家会議」などで検討する

# 「産科・小児・救急・がん・精神」

未確定

## 産科医療

### 「ハイリスク分娩管理加算」

「ハイリスク分娩管理加算」の対象疾患を拡大する

- ・対象疾患に前置胎盤や心臓疾患などの合併症を追加
- ・「ノンストレステスト」(NST = 胎児の分娩のストレス耐性検査)と、「ハイリスク分娩管理加算」の対象患者に整合性を調整する

### 「救急搬送（産科）」

妊婦の救急搬送について「受け入れ料」を加算する

- ・緊急に受け入れた妊婦に何らかの異常があった場合に算定、ただし自然な出産に至った場合は対象から除外

## 小児医療

現行は5人以上常勤が最高評価

### 「小児入院医療管理料」

10人以上の常勤小児科医配置を評価する

## 「産科・小児・救急・がん・精神」

未確定

## 救急医療

## 「t-PAの投与体制の評価」

「t-PA製剤」を使った血栓溶解療法を行える体制を整備した病院を評価する

- ・発症後3時間以内の脳梗塞の治療にt-PA製剤を使用できる施設基準  
CT・MRI検査が24時間可能、十分な人員と設備を持つこと

## 「ドクターヘリ」

救急搬送についてドクターヘリを診療報酬上評価することは今回は見送り

- ・今年6月にドクターヘリの全国的整備のための「確保に関する特別措置法」が成立
- ・厚労省は01年度から導入促進事業を推進し、現在の稼働は10道県にとどまる

## 「産科・小児・救急・がん・精神」

未確定

## がん対策

## 「放射線治療」

「がん診療連携拠点病院」の機能強化に合わせて評価を引き上げる

- ・ 外来で放射線療法を受けられる体制に必要な人材を配置した医療機関を評価する
- ・ 治療計画の策定や精度管理の体制を評価する

## 「外来化学療法」

外来化学療法に必要な人材を配置した医療機関を評価する

- ・ 有害事象への適切な対応や安全管理体制の整備などのため、専任の医師や看護師、薬剤師などの配置を評価する

「専任」は日に数回の見回り。「専従」は常時

## 「リンパ浮腫」

リンパ浮腫の患者対策を評価する

- ・ 防止策について術後適切な時期から患者への指導を評価することを検討

患者団体は「弾性サポーター」への保険適用を要求  
一着1～4万円で年間2～3回交換が全額自己負担

# 「産科・小児・救急・がん・精神」

未確定

## がん対策

### 「緩和ケア（医学管理）」

「緩和ケア」の計画的な医学管理の継続について評価する（WHO方式のがん性疼痛の治療法）

- ・療養上必要な指導を評価する（麻薬の管理や服薬指導以外についても）
- ・評価の対象となる緩和ケアは「入院、外来、在宅」を問わない  
（薬剤師の在宅の麻薬管理体制（服用・保管・廃棄等）も評価）
- ・緩和ケア病棟が終末期ケア以外の機能も果たせるよう役割を見直す  
（終末期だけでなく治療早期から緩和ケア）

### 「緩和ケア（麻薬管理）」

緩和ケアに使用する麻薬処方「14日分」制限について、30日処方ができるように緩和する

- ・「1度に14日分まで」とされている麻薬の処方を、緩和ケアに使用する場合に30日処方ができるように緩和する
- ・長期処方（90日分など）について、残薬や重複処方の有無の確認を医師に義務付ける

# 「産科・小児・救急・がん・精神」

未確定

## 精神医療

### 「自殺対策」

内科医などが患者を精神科医への紹介する場合を自殺者対策として評価する

### 「精神科緊急搬送」

自殺未遂者の救急搬送では身体的な治療だけでなく、精神治療も評価する

- ・自殺未遂者は再度自殺を試みることが多く、精神的なケアが必要なことから、精神治療を実施した場合を評価する

### 「精神科救急入院料」

「精神科救急入院料」の施設基準を緩和し、同入院料の算定施設を増す

2007年10月現在で「精神科救急入院料」の算定施設は全国で35施設で地域偏在もあるが、その主な原因は施設基準が厳しいとされることから（「時間外、休日または深夜での診療件数が年間200件以上」など）、施設基準を緩和し同入院料の算定を促す

・緩和する要件「隔離室を含む個室が半数以上」「時間外、休日または深夜の診療件数が年間200件以上」「原則として4分の1以上の患者を受け入れている」

・精神科救急医療施設にも約30%の入院期間3カ月超の患者がいるため、入院初期からの退院調整と、早期退院を促す



## 「産科・小児・救急・がん・精神」

未確定

## 精神医療

## 「精神科入院（退院の促進・再入院の回避）」

「精神科退院前訪問指導料」の訪問回数制限を緩和し、在宅訪問や家族への退院後指導などを増やし早期の退院を促す

退院患者再入院回避のため、「精神科訪問看護・指導料」の回数制限を緩和する

- ・入院1年以上の患者の退院を促す「退院支援計画」に基づく退院調整実施など、地域への社会復帰を進める取り組みを評価する
- ・入院1年未満の患者は、入院の長期化防止のため、退院前の訪問指導を充実する

## 「精神科入院（入院基本料等）」

「精神病棟入院基本料」を引き上げる

（認知症患者の対応、合併症の診療体制の評価）

「特別入院基本料」の経過措置制限を緩和する

- ・入院の早期の、幻覚や錯覚による異常行動をする認知症患者への対応を評価する
- ・関節リウマチや白内障などの合併症を持つ患者に対する精神科病床での治療を評価
- ・医療法により2008年3月31日までの経過措置とされている「特別入院基本料」の算定を継続できるようにする

## 「産科・小児・救急・がん・精神」

未確定

## 精神医療

## 「精神科外来」

「精神通院療法」を診療時間に応じた評価とする

小児の精神科診療についても、時間に応じた評価を導入する)

- ・初診の日に「診療時間が30分を超えた場合に500点」とされている初診料については変更しない
- ・「精神通院療法」を3段階(10分単位で30分まで)または2段階(15分単位で30分まで)が検討されている
- ・子供の心の問題に対する外来診療が特に長時間に及ぶことが多いため評価を検討する

## 「薬剤処方」

精神疾患薬剤のうち「14日分」制限のある薬剤の一部について、30日処方ができるように緩和する

- ・「1度に14日分まで」とされている精神疾患の一部の薬剤処方は、月2回の通院が必要となり社会復帰を阻害する要因の1つとなっていいため、30日処方ができるように緩和する
- ・検討対象(制限がある21成分のうち注射剤を除いた20成分 = エスタゾラム、フルラゼパム、フルニトラゼパム、ブプレニルフィン、ペンタゾシンなど)
- ・長期処方(90日分など)について、残薬や重複処方の有無の確認を医師に義務付ける

# 「後期高齢者医療（75歳以上）」

未確定

## 外来医療

### 「初診料・再診料」

後期高齢者に対する初診料は引上げ、再診料は引き下げる

- ・後期高齢者について既往歴や受診歴、服薬歴などを詳細に把握する取り組みを評価するため、外来患者を診る主治医の初診料を引き上げる（過去の受診歴や、受けている介護サービスなどを詳しく聞く必要がある）
- ・再診時は長期の経過観察や慢性疾患に対する継続的な指導・管理が中心のため引き下げる（2回目以降は慢性疾患の経過観察などが中心になる）

### 「主治医の役割（医学管理）」

後期高齢者を総合的に診る主治医（地域担当医）を新たな「医学管理」で評価する

- ・慢性疾患の継続的管理に必要な検査は包括点数に含めるが、薬剤は含まない
- ・算定対象対象は「診療所の医師」を原則とし、周囲に診療所がない地域のみ、中小病院の医師でも算定可能とする

**対象となる疾患**（「慢性疾患」とし、悪性新生物（がん）などを除き、認知症と便秘症などを追加）

**年間診療計画書の作成**（主治医が年間の治療や検査のスケジュールを立て、同計画書に主治医名や連携医療機関名を記載して、医療関係者間の情報共有に役立てる）

**包括される診療項目**（1カ月単位の包括点数とし、「医学管理等」「一定点数以下の検査」「処置」「画像診断」などを対象とする）

**「お薬手帳」の確認義務**（重複投薬や重複検査を防止するため）

**主治医の研修**（主治医になるためには講義（3日）と演習（1日）の受講を要件とする）

# 「後期高齢者医療（75歳以上）」

未確定

## 入院医療（地域連携）

### 「主治医の連携先の役割」

主治医と各関係職種との連携について評価する

- ・患者の(地域の)主治医から診察履歴や薬歴を確認し、主治医の要請を受けて入院を受け入れた病院を評価する
- ・入院中も患者の日常生活能力や認知機能、意欲などを多角的に評価し、主治医との情報交換を評価する
- ・退院後を見越して在宅介護をする人と情報を共有した場合(関係職種が連携して行う診療計画、退院調整)を評価する

### 「地域連携退院時共同指導料」

従来の医師、看護師に加えて、新たに歯科医師や薬局薬剤師が共同指導に参加した場合も評価する

### 「退院前後の支援」

患者が退院した後に入院前の主治医が継続して外来で療養上必要な指導を行った場合を評価する

### 「高齢者医療連携強化」

関係者の打ち合わせ会議を行い、患者に療養生活に必要な指導や助言を行った場合に評価する

# 「後期高齢者医療（75歳以上）」

未確定

## 在宅医療

### 「在宅チーム医療」

多職種協同による在宅医療支援を評価する

- ・24時間体制を充実させた訪問看護ステーションを評価する
- ・在宅医療に従事する地域の歯科医については訪問診療料を手厚くする
- ・主治医の急な求めに応じて薬剤師が患者宅を訪れ調剤した場合も診療報酬で評価する（「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の回数制限の見直しなど）

### 「在宅緊急時」

「在宅患者応急入院診療加算（650点）」を引き上げる

- ・あらかじめ入院する医療機関と診療内容や患者の意向を踏まえた診療が行われるよう連携をしている場合

### 「人工呼吸器」

人工呼吸器装着などで患者宅への訪問時間が長時間に及んだ場合を評価する

### 「終末期医療」

延命治療や家族支援を評価する

- ・延命治療の実施について、医師や看護師らのチームがガイドラインに沿って、患者との間で合意内容を文書作成した場合に評価する
- ・終末期患者の家族に対する電話対応や訪問看護を評価する

# 「後期高齢者医療（75歳以上）」

未確定

## 薬剤管理

### 「薬剤管理」

(保険薬局)お薬手帳による薬歴の一元管理、一包化や服薬カレンダーによる服薬支援などを評価する

(院内薬局)急性期で容体の悪い患者の医薬品安全管理を評価する

- ・後期高齢患者は服用する医薬品の種類が多く、相互作用や重複投薬を防ぐ必要がある
- ・医師や薬剤師、患者自身らが服用薬の情報を確認できるよう診療報酬上で評価する

# 「高齢者医療（74歳以下）」

## 在宅医療

### 「訪問看護の役割強化」

「24時間連絡体制加算」を引き上げ、「訪問看護基本療養費」と「訪問看護管理療養費」を見直す

- ・74歳以下の在宅患者への訪問看護を75歳以上と同等に評価する



# 「検査・処置等の医療技術」

未確定

## 画像診断

### 「フィルムレス化」

「デジタル映像化処理加算」を廃止し、フィルム自体を出力しない「フィルムレス化」を評価する

### 「画像診断管理加算」

画像診断を専門に行う常勤医師の配置要件を緩和する

・「常勤の医師」「文書による報告」などの要件を見直し、診断結果を正確に報告する体制などを評価する

## 検体検査

### 「迅速化と24時間体制」

「外来迅検体検査加算」、「時間外緊急院内検査加算」を引き上げる

・受託業者による院内検査実施も評価する

### 「微生物学的検査判断料」

「微生物学的検査判断料」も引き上げる



# 「検査・処置等の医療技術」

未確定

## 処置

### 「簡単な処置の包括化」

一部の処置を初再診料に包括する

包括が検討されている項目

- ・皮膚が赤くなる程度の熱傷(第1度熱傷)で狭い範囲のもの(135点)
- ・狭い範囲の軟膏塗布(45点)
- ・点眼・洗眼・片眼帯(25点)
- ・点耳・簡単な耳垢栓除去(25点)
- ・鼻洗浄(12点)
- ・湿布の貼付(24点)

未確定

## 「地域連携」

### 地域連携

#### 「地域連携パス」

##### 地域連携パスの対象疾患に「脳卒中」を追加する

- ・地域で複数の急性期病院、複数の療養病床、診療所などが共通の地域連携パスにより連携した場合も評価する
- ・各都道府県が策定する医療計画に名称が記載されている医療機関を評価する
- ・点数については適正化を検討する  
(「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料」の減額か?)  
算定対象拡大に伴う対象患者の増加や、連携医療機関の拡充によって、パス導入の負担が減少することが考えられるため

#### 「在宅支援病院」

##### 在宅医療を支援する病院を診療報酬で評価する(継続審議)

- ・「病院の半径5キロメートル以内に在宅医療を行う診療所がない」こと等を要件に評価する
- ・「在宅支援診療所」が地域で偏在するため、在宅医療を提供する環境整備を考慮

未確定

# 「歯科医療」

## 歯科医療

### 「5項目の提案」

文書による情報提供

総合的管理

治療体系の見直し

安全安心の環境整備

技術評価の見直し

「患者への文書による情報提供」では、治療の進行状況合わせた情報提供、患者の納得を高める場合の情報提供を評価する

「歯科疾患の総合的管理」では、歯科疾患総合指導料や歯周疾患指導管理料などの指導管理体系の見直し、及び75歳以上の後期高齢者に対する継続的な口腔管理を評価する

「治療体系の見直し」では、ガイドラインの見直しによる、最新の歯科治療を評価する

「安全で安心できる環境の整備」では、医療安全対策などの環境整備を評価する

「技術評価の見直し」では、治療行為同士の関連性が高い複数の治療を「一体化」することで簡素化を図る

「補綴(てつ)物維持管理料」(歯にブリッジを装着した場合)の見直しも提案

# 「その他」

未確定

## 勤務医の負担軽減

### 「診療録管理体制加算」

医師の事務作業を補助する事務職員（医療補助者「メディカルクラーク」）の配置に加算

・急性期病院における書類作成業務など

「入院時医学管理加算」 （入院医療）

「初再診料の見直し」 （外来医療）

## 情報開示

### 「レセプト明細書情報開示」

400床以上病院では努力義務から義務化へ

・400床以下の医療機関は現在の電子化加算(3点)要件の「患者から求めがあった時に明細書を交付する体制を整えていること」に明細書の発行を実施している旨の掲示を義務付ける

# 「DPC」

未確定

## 制度

### 「再入院」

3日以内の同一疾患での再入院については、入院期間を初回の入院日から起算する

### 「調整係数」

現在の「前年実績を保証する調整係数」は2010年度診療報酬改定で見直される  
(廃止 新ルール)

・新しく「機能別係数」で評価することを検討、DRG(一疾患包括)への移行については未定

### 「具体的な診療情報の添付」

DPCレセプト提出の際に“包括部分の診療内容が分かる情報”を記載する

### 「対象病院の指定」

2008年度は2006年度準備病院(371施設)が対象

2007年度準備病院(698施設)は2009年度以降に対象

## 「DPC」

未確定

## 基準

## 「DPC準備病院の基準」

準備病院への手上げ基準の検討  
2008年3月までの猶予期間の終了

4ヶ月で3.5以上  
10ヶ月で8.75以上  
「病床」はDPC算定病床

「4ヶ月で3.5以上」は、100  
床なら4ヶ月で350人の退  
院患者データが必要

検討されている要件

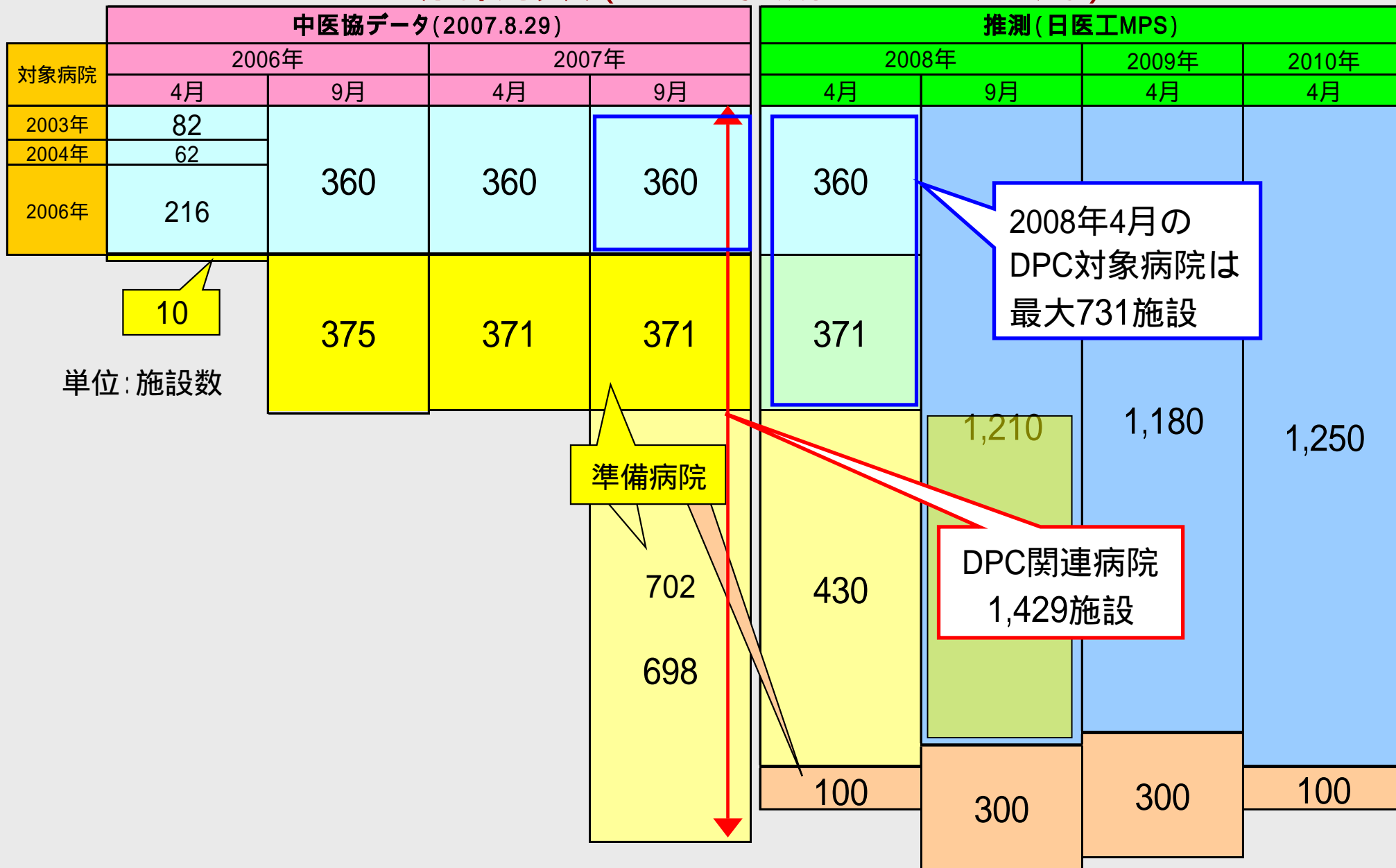
- ・[データ/病床]比3.5以上(ケアミックスで療養病床の多い病院を制限)
- ・手術、化学療法、放射線療法、救急車搬送の比率  
(全症例に対する比率を設定し、ハードルを上げる)
- ・5つの望ましい要件(ICU・救急・病理・麻酔・画像)を、必須要件化  
猶予されていた要件の適用「看護体制10:1以上」

## 「DPC対象病院の基準」

対象病院への移行基準として準備病院として2年間のデータ提出を要件とする

- ・2007年度準備病院698施設は2009年度以降に対象病院へ移行となる  
(2009年は診療報酬改定のない年のため、2010年に移行となる可能性もある)
- ・2年分のデータとは、「2007年7月～12月」と「2008年7月～10月」の合計10カ月分のデータ

# DPC病院数 (MPS予測2007年11月)





# DPC病床数 (MPS予測2007年11月)

対象病院 年度	中医協データ (2007.8.29)				推測 (日医工MPS)			
	2006年		2007年		2008年		2009年	2010年
	4月	9月	4月	9月	4月	9月	4月	4月
2003年				67,003 (817.1)	179,788	420,000	410,000	440,000
2004年			22,891					
2006年			87,037 (402.9)					
	1施設平均 (369.2)							
	単位: 床			113,607 (306.2)	113,000			
				<参考> 702施設計 167,153 (238.1)	137,000			
	準備病院				23,000	63,000	60,000	30,000

2008年4月の  
DPC対象病院は  
最大約293,000床

DPC関連病床  
457,691床(参考)

# 「調剤報酬」

未確定

## 在宅対応

### 「麻薬管理指導加算」

在宅での緩和ケアの推進と、外来患者への管理指導を評価する

- ・薬剤師の在宅の麻薬管理体制(服用・保管・廃棄等)を評価する
- ・薬剤師の定期的な残薬確認と廃棄方法に関する指導を算定要件に追加する
- ・麻薬処方外来患者に、服用・保管等を電話にて確認し、薬学的管理、指導を評価する

### 「服薬支援(服薬管理)」

後期高齢患者への服薬支援(管理)を評価する

- ・お薬手帳による薬歴の一元管理、計画的な訪問、服薬カレンダーの活用、薬の一包化など

### 「在宅患者訪問薬剤管理指導料」

入院中の後期高齢患者の退院後の服薬指導を評価する

在宅患者に対する薬学的管理と指導を評価する(後期高齢者に限らず)

- ・薬剤師の多職種協同者との連携や情報共有を評価する
- ・臨時の処方に対し調剤する場合や、医師の求めに応じて患者宅を訪問した場合を評価する

施設への在宅患者訪問薬剤管理指導は時間的・距離的負担から適正化する

# 「調剤報酬」

未確定

## 薬局業務

### 「時間外業務」

診療所の診療時間延長に伴い、薬局についても時間外調剤を評価する

### 「麻薬・向精神薬の管理」

保険薬局で扱える麻薬等の注射薬や特定保険医療材料範囲を拡大する

- ・現行では疼痛緩和に必要な一部の医療用麻薬や鎮痛剤用のバルーン式ディスプレイ連続注入器は保険薬局では交付できないため、がん患者らのさまざまな症状に対応するため、保険薬局で扱えるよう規制を緩める
- ・緩和ケアや精神病管理に使用する麻薬や向精神処方「14日分」制限について、30日処方ができるように緩和する

# 「調剤報酬」

未確定

## 「薬剤服用歴管理料」

「お薬手帳」を通じた情報提供の充実を評価する

- ・薬剤服用歴管理料(薬局22点)、薬剤情報提供料(同15点)を統合し、薬局が調剤時に薬剤情報や注意事項を手帳に記載することを要件とする

### 薬剤服用歴管理料と服薬指導加算の統合

- ・患者の視点で算定要件の差が分りにくいので統合し「患者等から収集した服薬状況等の情報に基き服薬指導すること」を評価する

## 「長期投薬情報提供料1」

長期投薬情報提供料1の算定を実際に情報提供を実施した場合に算定する

- ・現行の点数は、情報提供の同意を得た時に算定しているが、実際の情報提供は1割以下であり、実際に情報提供が実施された場合に評価する

## 「服薬支援（服薬管理）」

一包化加算を服用時点に関わらず(1剤であっても)算定する  
半錠分割の評価を見直す

- ・1錠を半錠にする場合と、錠剤を粉碎して散剤に自家製剤する場合の評価を見直す

# 「後発医薬品使用促進」

未確定

## 「療養担当規則等」

療養担当規則(保険医療機関、保険薬局)に「後発品の使用に努める」などの理念規定を盛り込む

保険薬剤師:『保険医の交付した処方せんに基づき、患者に対して、後発品に関する説明を適切に行う』、『後発品を調剤するように努められなければならない』

保険医師:『投薬、処方せんの交付または注射を行うに当たって、後発品の使用を考慮するよう努めなければならない』

## 医科

### 「処方せん様式の再変更」

処方せん様式を変更不可の場合にチェックする仕組みに変更する

- ・全ての処方薬剤が変更不可の場合は「変更不可欄」に署名する
- ・個々の薬剤については指示する場合は、それぞれの薬剤名の横に「変更不可」と記載するか、又は銘柄名の前に“\*”を付記し、その旨を注釈記載する

### 「処方せん料加算」

後発品を含む処方場合の2点加算を廃止する

- ・廃止による原資は、勤務医対策など他の項目の財源とする(日本医師会要望)

# 「後発医薬品使用促進」

未確定

## 調剤

### 「銘柄指定後発品の対応」

変更不可欄に署名がない後発医薬品銘柄指定の処方せんを受け付けた薬局薬剤師が、処方医に疑義照会することなく別銘柄の後発医薬品を調剤できる

・患者への説明と同意を得ることが要件

### 「異剤形後発品の対応」

剤形の異なる後発品への疑義紹介なしでの変更を認めない(見送り)

・先発錠剤 後発散剤、先発口腔内崩壊錠 後発錠剤など、剤形の異なる変更は認められない

### 「薬局から医療機関への情報提供」

処方せん記載銘柄から変更して調剤し「後発医薬品調剤加算」を算定した場合は、調剤した薬剤の銘柄等を処方元の医師に情報提供する

今までは「後発医薬品情報提供料」算定時に情報提供することになっていましたが、4月以降は銘柄変更による後発医薬品の調剤ごとに情報提供する義務が生じます。これは疑義紹介なしでの変更など薬剤師さんの裁量が拡大するための対策と考えられます。

そうなると情報提供の回数も多くなり、送り手も受け手も大変になるため、情報提供の手段として「おくすり手帳」の利用を促進させることも考えられます。(以上日医工MPS予測)

# 「後発医薬品使用促進」

未確定

## 調剤

### 「試用期間（分割調剤の評価）」

初めて後発医薬品へ変更を行う患者に、短期間(3日～1週間程度)の後発医薬品分割調剤を評価する

- ・変更可処方せんに基づき、初めて先発医薬品から後発医薬品に変更する場合、患者の同意を得て、短期間の試用のため分割調剤を行った場合も評価する(現行ルールに追加する)
- ・分割調剤を行った場合は処方元の医師にその旨を連絡する
- ・現行の分割調剤ルールは、薬剤の保存困難などにより「14日超の長期投薬時に分割調剤した場合、1分割調剤につき5点を算定する」と規定されている

### 「後発医薬品調剤の評価」

後発医薬品調剤率が30%以上の薬局を調剤基本料(基準調剤加算とは別の加算点数)で評価する

- ・後発医薬品調剤率とは「単位期間当たりの全受付処方せんのうち、実際に後発医薬品を調剤した処方せんの割合」
- ・医療経済実態調査において後発医薬品の調剤率は31.0%であり、現在の平均として設定



## 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	

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>現行の「後発医薬品への変更可」から変更</p> <p>後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更不可の場合、以下に署名</p> <p>保険医署名</p>									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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															

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。

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38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こと。

様式第二号(第二十三条関係)

注1) 処方医が、先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更に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」欄に署名又は記名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名の近傍に「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。

注2) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名等がない処方せんの場合には、受け付けた薬局の薬剤師が、当該処方せんに記載された後発医薬品を別銘柄の後発医薬品に変更して調剤できることとする。

この場合において、処方医が、後発医薬品の一部について他の銘柄の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該後発医薬品の銘柄名の近傍に「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。

注3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、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。

処方医が、処方せんに記載した一部の医薬品について、  
後発医薬品等への変更に差し支えがあると判断した場合の記載例

[2007年12月5日中医協診療報酬基本問題小委員会配布資料より]

一般的な記載方法

処 方	A錠 (先発医薬品) 1日2回朝夕食後	2錠 14日分	
	B錠 (先発医薬品) 1日1回朝食後	1錠 14日分	変更不可
	C錠 (後発医薬品) 1日2回朝夕食後	2錠 14日分	
	D錠 (後発医薬品) 1日1回朝食後	1錠 14日分	変更不可
備 考	処方せんに記載した一部の医薬品について後発医薬品等への変更を不可とする場合は、この欄に署名等を行わない。		
	後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更不可の場合、以下に署名 保険医署名		

注1) A錠 (先発医薬品) については、患者の選択に基づき、薬局において後発医薬品に変更可能。

他方、B錠 (先発医薬品) については、薬局において後発医薬品に変更することはできない。

注2) C錠 (後発医薬品) については、薬局の薬剤師が銘柄の選択理由について適切に説明を行い、患者が同意した場合には、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更可能。

他方、D錠 (後発医薬品) については、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更することはできない。

注3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せンを発行した保険医療機関に情報提供する。

処方医が、処方せんに記載した一部の医薬品について、  
後発医薬品等への変更に差し支えがあると判断した場合の記載例

[2007年12月5日中医協診療報酬基本問題小委員会配布資料より]

「\*」を記載する方法

処 方	A錠 (先発医薬品) 1日2回朝夕食後	2錠 14日分
	* B錠 (先発医薬品) 1日1回朝食後	1錠 14日分
	C錠 (後発医薬品) 1日2回朝夕食後	2錠 14日分
	* D錠 (後発医薬品) 1日1回朝食後	1錠 14日分
(注) *を付してある医薬品は、変更不可		
備 考	処方せんに記載した一部の医薬品について後発医薬品等への変更を不可とする場合は、この欄に署名等を行わない。	
	後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更不可の場合、以下に署名 保険医署名	

注1) A錠 (先発医薬品) については、患者の選択に基づき、薬局において後発医薬品に変更可能。

他方、B錠 (先発医薬品) については、薬局において後発医薬品に変更することはできない。

注2) C錠 (後発医薬品) については、薬局の薬剤師が銘柄の選択理由について適切に説明を行い、患者が同意した場合には、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更可能。

他方、D錠 (後発医薬品) については、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更することはできない。

注3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、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。