

# 日医工MPI行政情報

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

## 2012年度診療報酬改定

### 速報 「答申（調剤）」

第221回 中医協総会（2012年2月10日）

株式会社日医工医業経営研究所（日医工MPI）

資料作成：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）



nikky

資料No.240210-264-2



株式会社日医工医業経営研究所

## 2012年度診療報酬改定率

2012年度改定率	医療費ベース		備考	2010年度	2008年度	2006年度	2004年度	2002年度
薬価改定率	▲1.26%	▲約5000億円	▲6.00%(薬価ベース) 通常改定、再算定(市場拡大、長期収載、等)	▲1.23%	▲1.1%	▲1.6%	▲0.89%	▲1.3%
材料価改定率	▲0.12%	▲約500億円		▲0.13%	▲0.1%	▲0.2%	▲0.16%	▲0.1%
(薬価+材料)	▲1.375%	▲約5500億円		+1.55%	+0.38%	▲1.36%	±0%	▲1.3%
診療報酬改定率	+1.38%	+約5500億円	医科:歯科:調剤 1:1.1:0.3 (1.55%:1.70%:0.46%) (4700:500:300)億円	+0.19%	▲0.82%	▲3.16%	▲1.0%	▲2.7%
	+1.379%							
全体改定率	+0.00%	±0?						
	+0.004%	+約16億円	+約4億円(国庫負担)					

2012年度診療報酬改定率は、薬価▲1.26%、材料▲0.12%で計▲1.38%。診療報酬は+1.38%で、一旦は+0.00%と発表された。しかし小数点以下3桁まで表示すると、薬価+材料が▲1.375%、診療報酬は+1.379%で、全体の改定率は+0.004%とされた。小数点以下3桁が4であるため、小数点以下3桁で四捨五入すると0になり、しかしプラスであるとも言える政治決着的な改定率決定となった。

## 2012年度診療報酬外財源（一般財源）

項目	改定率	医療費	国庫負担
追加引き下げ	▲0.9% 全市場	▲250億円	▲約60億円
長期収載品	▲0.86% 長期収載品市場	▲225億円	
後発医薬品	▲0.33% 後発医薬品市場	▲25億円	
後発品薬価ルール (10品目超えで6掛け)		▲88億円	▲約22億円
診療報酬外財源 計		▲338億円	▲約82億円
診療報酬改定率	+0.004%	+約16億円	+約4億円
実質改定率	▲0.08%	▲322億円	▲約78億円

長期収載品等の追加引き下げ(▲0.9%)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、今回は後発医薬品も対象になった。これで生じる財源は診療報酬改定の財源には含まないとしている。

後発医薬品の薬価算定ルールが改正され、10品目を超える内服剤は6掛けとなった。これで生じると予想される財源も診療報酬改定の財源には含まないとしている。

2012年度の診療報酬改定は、+0.004%のわずかなプラスとされているが、診療報酬改定財源とならない薬価の引き下げで、実質の改定率はマイナスとなる。

診療報酬外財源(追加引き下げ等)で捻出できる財源は、一般財源化され、介護報酬の処遇改善などに使われる予定

## 調剤

## 後発医薬品調剤体制加算

改定前	改定後
<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>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、以下のとおりであること</p> <p>1 20%以上 6点</p> <p>2 25%以上 13点</p> <p>3 30%以上 17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>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、以下のとおりであること。</p> <p>1 <u>22%以上</u> 5点(改)</p> <p>2 <u>30%以上</u> 15点(改)</p> <p>3 <u>35%以上</u> 19点(改)</p>

想像していたより2と3の点数が低かった。財源不足が要因か？逆に1は1点減に留まった。2014年度改定までにここまで来てほしいとするメッセージか？

※1 後発医薬品の調剤数量の割合を計算する際に、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤に加えて、漢方製剤及び生薬については、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。

※2 平成24年度薬価改定の結果、一部の後発医薬品の薬価については、先発医薬品の薬価よりも「高くなる」、若しくは「同じとなる」見込みであることから、これら薬価が「高くなる」、若しくは「同じとなる」品目については、後発医薬品の使用に係る診療報酬上の評価の対象としている「診療報酬における後発医薬品」のリストから除外することとする。

## 調剤

## 調剤料（乳幼児服薬指導加算）

改定前	改定後
<p>【自家製剤加算】(1調剤につき)</p> <p>イ 内服薬及び頓服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。)</p> <p>①錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬 20点</p> <p>②錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90点</p> <p>③液剤 45点</p> <p>ロ 内服薬及び頓服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。)</p> <p>①錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点</p> <p>②液剤 75点</p> <p>【計量混合加算】(1調剤につき)</p> <p>イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合</p> <p>①液剤の場合 75点</p> <p>②散剤又は顆粒剤の場合 90点</p> <p>③軟・硬膏剤の場合 8点</p> <p>ロ イ以外の場合</p> <p>①液剤の場合 35点</p> <p>②散剤又は顆粒剤の場合 45点</p> <p>③軟・硬膏剤の場合 80点</p>	<p>【自家製剤加算】(1調剤につき)</p> <p>イ 内服薬及び頓服薬</p> <p>①錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬 20点</p> <p>②錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90点</p> <p>③液剤 45点</p> <p>(削除)</p> <p>【計量混合加算】(1調剤につき)</p> <p>(削除)</p> <p>①液剤の場合 35点</p> <p>②散剤又は顆粒剤の場合 45点</p> <p>③軟・硬膏剤の場合 80点</p>

調剤料における乳幼児加算は廃止され、全年齢が同加算を算定する。  
乳幼児加算は、薬剤服用歴管理指導料に新設された。

調剤

## 調剤料（後発医薬品調剤加算）

改定前	改定後
【後発医薬品調剤加算】(1調剤につき) [算定要件] 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点を加算する。	<u>(廃止)</u>

調剤料における後発医薬品調剤加算は、  
薬剤服用歴管理指導料の要件に組み込ま  
れ廃止された。



調剤

## 調剤料（在宅患者調剤加算）

改定後

(新) 在宅患者調剤加算 15点 **新**

## [算定要件]

施設基準に適合している薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者に対する調剤を行った場合、処方せん受付1回につき15点を加算する。

## [施設基準]

- ①あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。
- ②在宅業務を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ③麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

※なお、必要な体制整備の要件として、過去一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導等の実績、医療材料及び衛生材料を供給できる体制、医療機関及び福祉関係者等に対する在宅業務実施体制に係る周知等を定めることとする。

施設基準に適合する在宅対応薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合に調剤料への加算が新設された。

## 調剤

## 薬剤服用歴管理指導料

改定前	改定後
<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 [算定要件] 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。</p> <p>① 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。</p> <p>② 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。</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】(処方せんの受付1回につき) 41点(改) <b>改</b> [算定要件] 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。</p> <p>① 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(以下「薬剤情報提供文書」という。)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。</p> <p>② 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。</p> <p>③ <u>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、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。</u></p> <p>④ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。</u></p> <p>⑤ <u>薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報(後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。)を患者に提供すること。</u></p>

点数は11点プラスとなった。算定要件が3項目追加され、全てに対応できないと算定はできない。

手帳記載が要件に入った。(運用のルールは詳細通知が出るまで不明)



調剤

## 薬剤服用歴管理指導料（乳幼児服薬指導加算）

改定後

新

（新）乳幼児服薬指導加算 5点（薬剤服用歴管理指導料への加算）

〔算定要件〕

注 乳幼児（6歳未満）に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又は患者の家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、指導内容等を手帳に記載した場合は、所定点数に5点を加算する。

乳幼児が安全に、又は容易に服用できるよう、乳幼児への服薬指導を行った場合に薬剤服用歴管理指導料の加算として算定する。

調剤

# 薬剤情報提供料 後発医薬品情報提供料

薬剤服用歴管理指導料の要件化に伴い廃止。

改定前	改定後
【薬剤情報提供料】(処方せん受付1回につき) 15点	<u>(廃止)</u>

改定前	改定後
【後発医薬品情報提供料】(処方せん受付1回につき) 10点	<u>(廃止)</u>

調剤

# 在宅患者訪問薬剤管理指導料

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>距離要件(16km)は医科(訪問診療料等)では導入済。</p> </div>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない。</u></p>

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、および在宅患者緊急時等共同指導料にも同様に「注の追加(16km条項)」が設定された。

「特殊な事情」の定義については、詳細通知が出るまで不明。

## 調剤

## 服薬情報等提供料

改定後

新

(新) 服薬情報等提供料 15点

[算定要件]

注 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

服薬情報等提供料の設定の伴って調剤情報提供料、服薬情報提供料(服薬指導の加算)は廃止。

改定前	改定後
【調剤情報提供料】 15点	(削除)

改定前	改定後
【服薬情報提供料】 15点 (服薬指導提供加算 15点)	(削除)

## 調剤

## 廃止される点数の概要

【調剤情報提供料】(処方せんの受付1回につき) 15点

廃止

[算定要件]

注 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定する。

【服薬情報提供料】 15点

廃止

[算定要件]

注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

注2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。

## 調剤

## 小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

## 改定後

在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局(以下「在宅基幹薬局」という。)が、それを支援する薬局(以下「サポート薬局」という。)とあらかじめ連携している場合、在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等についても算定できることとする。

ただし、保険請求は在宅基幹薬局が行うものとする。

今までは、在宅の応援を依頼した場合は点数請求ができず。在宅基幹薬局がサポート薬局に自腹を切って謝礼を行う必要があったが、改定後は在宅基幹薬局が請求を行い、報酬としてサポート薬局に支払うことができるようになる。



## 調剤

## 無菌製剤処理の施設基準

改定前	改定後
<p>(調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準)</p> <p>①薬局であること。</p> <p>②無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。</p> <p>③無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p>	<p>(調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準)</p> <p>①薬局であること。</p> <p>②無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。</p> <p>③無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p>

※なお、これに伴い、通知において「無菌製剤処理を行うための専用の部屋(5平方メートル以上)を有していること。」の要件を削除する。

調剤

## 特定薬剤管理指導加算（ハイリスク薬）

改定後

特定薬剤管理指導加算の算定要件である、ハイリスク薬が処方された患者に対して行う、その効果や関連副作用の有無等の確認内容等をより明確化する。

## 調剤

## 基準調剤加算の施設基準

改定前	改定後
<p>【基調剤加算】</p> <p>1 基準調剤加算1 10点</p> <p>2 基準調剤加算2 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>①通則</p> <p>イ、ロ 略</p> <p>ハ、ニ 略</p> <p>②基準調剤加算1の基準</p> <p>十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>③基準調剤加算2の基準</p> <p>イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>	<p>【基準調剤加算】</p> <p>1 基準調剤加算1 10点</p> <p>2 基準調剤加算2 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>①通則</p> <p>イ、ロ 略</p> <p>ハ <u>地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること。</u></p> <p>ニ、ホ 略</p> <p>②基準調剤加算1の基準</p> <p>十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3)基準調剤加算2の基準</p> <p>イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>

「地域」の定義などまだ不明な点も多いが、お昼休憩時間や午後閉局などが問題となりそう。

※ なお、各々の加算における「十分な医薬品を備蓄している」基準として、通知において、基準調剤加算1については現行の「500品目以上」を「700品目以上」とし、基準調剤加算2については現行の「700品目以上」を「1000品目以上」とする。

医科

## 一般名処方の推進（処方せん料）

改定前	改定後
<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p> <p>（注を追加）</p> <p><u>一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</u></p>

最低薬価を用いるのは、医科での処方せん料の計算においてのみであり、調剤において関係することはない。

後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合となる。以前あった「後発医薬品処方加算」は、処方せんに1品目でも後発医薬品の記載があれば算定できた…。

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

## 処方せん様式の変更

現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する。

## 後発医薬品の品質確保

「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施しているところであるが、今後は、後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取組、情報の発信をより一層促すとともに、これに加え、以下の取組についても実施する。

### 改定後

- ①厚生労働省やPMDA等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を作成する。
- ②ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

# 新たな処方せん様式（案）

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		
		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。
変更不可		個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。							
処方									
保険医署名 (変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)									
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		印			公費負担医療の受給者番号				

個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

**保険医署名**  
(変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)

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。