

2013 年 5 月 7 日

厚生労働大臣 殿
厚生労働省保険局医療課長 殿

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 3-2-7
KDX 新宿ビル 4 F
東京保険医協会 会長 拝殿 清名
研究部長 申 偉秀
TEL03-5339-3601 FAX03-5339-3449

7 種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限を撤回してください

拝啓 新緑の候、貴職におかれましては、公的医療保険制度の拡充のために、日夜ご奮闘いただき、敬意を表します。

本会は東京都内で保険診療に従事する開業保険医を中心とした約 5300 人の団体で、国民医療の向上等を目指し、微力ながらさまざまな事業を展開しています。

さて、現在、医科診療報酬点数表において入院外の場合、①1 処方につき 7 種類以上の内服薬の院内処方をした場合、薬剤料を 100 分の 90 に相当する点数により算定する、②7 種類以上の内服薬を院内処方した場合 13 点低い処方料、院外処方の場合は 28 点低い処方せん料を算定するという、「7 種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限」が導入されています。

実際に、症状が多岐にわたり多剤を投与せざるを得ない患者についての医学的に手間と時間をかけての管理が行なわれています。管理している医師からは「軽症の投与薬剤が少ない患者よりも手間がかかるのに、多剤を投与する患者の薬剤料や処方せん料等が低く抑えられている。こうした算定制限は大きな矛盾だ。また入院患者には算定制限なしであり、それと同様の扱いにして欲しい」との声が多数寄せられていました。

また単独成分薬剤の増加や剤型の変化により、処方内容が同一でも算定制限が導入された 1992 年当時よりも数は多くなる傾向にあり、制限を受ける可能性が増加しています。

さらに最近では地域での病診連携が重視され、連携を前提とする多くの構想や診療報酬が提示されています。特に内科系の病診連携において、病院から逆紹介される患者の多くは既に 7 種類以上の内服薬を投与されている状態です。医学的に処方薬を急に減らすのは困難であり、算定制限によって連携にも支障をきたします。

多剤投与の算定制限が設定された 1992 年とは医学的な考え方はじめ、単独成分薬剤の増加や剤型の変化、病診連携を重視するなど地域医療のあり方が変化しています。このような状況の中で多様な症状を呈し、多大な管理を要する場合の評価が望まれるところです。

つきましては、以下のように算定制限の撤回と、「入院と外来」「医療機関と薬局」の評価の一元化、管理の適正な評価をしてくださいますようお願いいたします。

敬具

記

- 1、「1 処方につき 7 種類以上の内服薬の院内処方した場合、F200 薬剤料を 100 分の 90 に相当する点数により算定する」取扱いを、2014 年度診療報酬改定で廃止して下さい。
- 2、7 種類以上の内服薬の投薬を行った場合、院内処方で 13 点低い処方料、院外処方で 28 点低い処方せん料を算定する取扱いを廃止し、少なくとも F100 処方料を 42 点、F400 処方せん料を 68 点に統一して下さい。
- 3、入院中と入院外で異なる F500 調剤技術基本料を 42 点に一元化して下さい。また、1 物 2 価の状態にある F000 調剤料を引き上げ、薬局の調剤報酬の調剤料に合わせて 1 物 1 価として下さい。
- 4、多剤投与の相互作用（併用注意・禁忌）に対する管理料を新設して下さい。 以上