

平成 28 年度診療報酬改定情報

答申④：視点 4「効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点」

平成 28 年 2 月 10 日の中医協の議事資料において、『答申』が出されました。同時に新旧対照表も明らかになり、改定の概容が明らかになってきました。ここでは、それぞれの視点に従い、答申の内容を見ていきたいと思えます。

詳細な内容は巻末に記載している資料をご覧ください。それぞれにはページ数を記載しています。

今回は**視点 4**についてみていきましょう。

キーワードは、『機能分化、連携、退院支援、後発医薬品、調剤薬局』

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

IV-1 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討について

薬局における後発医薬品の使用促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P337

- ・ 薬局における後発医薬品調剤体制加算について、新たな数量シェア目標値を踏まえ要件を見直し
⇒数量ベースでの後発医薬品の**調剤割合が 65%以上及び 75%以上の 2 段階の評価**に改める
- ・ 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 90%を超える場合**であって、**後発医薬品の調剤割合が 30%未満の保険薬局**については、基準調剤加算を算定できないこととする

【後発医薬品調剤体制加算：処方箋の受付 1 回につき】

イ 後発医薬品調剤体制加算 1	18 点	・・・	<u>65%以上</u>
ロ 後発医薬品調剤体制加算 2	22 点	・・・	<u>75%以上</u>

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P339

- ・ 後発医薬品の割合に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う

【後発医薬品使用体制加算】

後発医薬品使用体制加算 1 42 点(新)

後発医薬品使用体制加算 2 35 点

後発医薬品使用体制加算 3 28 点

[施設基準]

- ① 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、**後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60%以上 70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては 50%以上 60%未**

満であること。

- ② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数の割合が 50%以上であること。

院内処方における後発医薬品使用体制の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P341

- ・ 院内処方を行う診療所について、後発医薬品の使用を推進している場合の評価を新設

⇒ (新) 外来後発医薬品使用体制加算 1 4 点 (70%)
加算 2 3 点 (60%)

- ・ 使用薬剤の規格単位ごとに数えた数量の割合でわかれている
- ・ 当該保健医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した企画単位数の割合が 50%以上であること
- ・ 院内掲示要件あり

一般名処方加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P343

- ・ 後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合の評価を新設

⇒ 一般名処方加算 1 3 点 (新設)

交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定できる

- ・ 処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載

IV-2 退院支援等の取組による在宅復帰の推進について

退院支援等の取組による在宅復帰の推進・・・・・・・・・・・・・・・・ P345

- ・ 退院支援に積極的に取り組んでいる保険医療機関や医療機関間の連携を推進するために評価
・・・・・・・・個別改定項目について「I-3-3-①」・・・・ P103
- ・ 医療と介護の連携及び入院から在宅への円滑な移行を推進・・・・
・・・・・・・・個別改定項目について「I-3-3-②」・・・・ P109
- ・ 退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために入院医療機関から行う訪問指導について評価・・・・・・・・個別改定項目について「I-3-3-③」・・・・ P110

IV-3 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進について

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価・・・・・・・・・・・・・・・・ P346

- ・ 保険医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取組を行い、処方薬剤数が減少した場合について評価

⇒ (新) 薬剤総合評価調整加算 250 点 (退院時に 1 回)

- ・ 処方内容を検討した結果、受診時に 2 種類以上減少した場合の評価を新設

⇒ (新) 薬剤総合評価調整管理料 250 点 (月 1 回に限り)

連携管理加算 50 点

医薬品の適正使用の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P348

- ・薬剤に起因する有害事象の防止を図るとともに、服薬アドヒアランスを改善するため取組評価
 - ・医師と薬剤師が連携して、患者の処方薬剤を適正化する取組を評価
 - ・ 個別改定項目について「Ⅲ-7-②」を参照 . . . P283
 - ⇒調剤後における継続的な薬学的管理を推進する
 - ⇒分割調剤を行う場合の調剤基本料等の評価を見直す
 - ・医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進 「I-4-⑮」を参照 . . . P154
 - ・保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定
 - ・医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従う
 - ⇒30日を超える投薬を行う際 . . . 長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認すること
 - ⇒30日以内に再診する
- 200床以上の保険医療機関にあっては、200床未満の保険医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う
- 患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん									
<small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>									
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・被保険者手続の記号・番号				
患 者	氏 名				保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日		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		
処 方	<small>個々の処方箋について、抗がん剤薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「シ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>								
	<small>特に出願のある場合を除き、交付の日を定めて4月以内に保険薬局に提出すること。</small>								
備 考	保険医署名 <small>（「変更不可」欄に「シ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）</small>								
	保険薬局が調剤時に疾患を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「シ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ療養保合した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ療養提供								
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		⑧			公費負担医療の受給者番号				

備考 1. 「処方」欄には、薬名、用量、用法及び用量を記載すること。
 2. この市域は、日本工業規格 A 列の番号標準とすること。
 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54年厚生省令第26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。

(平成 28 年 2 月 10 日 厚生労働省 中医協 総-1 個別改定項目について P352)

IV-4 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直しについて

いわゆる門前薬局の評価の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P353

- ・ 現行の処方せん **受付回数(2000回超え/月)** 及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる **調剤割合(90%超え)** に基づく調剤基本料の特例対象範囲について拡大
- ・ 大型門前薬局の評価の適正化。
 - ⇒ **同一法人グループ内の処方せん受付回数の合計が、1月に40,000回を超える法人グループ** に属する保険薬局のうち、**以下の保険薬局については、調剤基本料を20点とする。**
 - (1) 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95%を超える保険薬局。**
 - (2) 特定の保険医療機関と **不動産の賃貸借関係** のある保険薬局。
- ・ かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行う場合は、特例対象
- ・ 妥結率
- ・ **かかりつけ機能に係る業務** として、**かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、重複投薬・相互作用防止等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を1年算定していない保険薬局は調剤基本料を50/100に減算する。**ただし、**処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。**

【経過措置】

平成29年4月1日から適用とする

IV-5 重症化予防の取組の推進について

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P360

- ・ 糖尿病性腎症の患者が重症化し、透析導入となることを防ぐため、進行した糖尿病性腎症の患者に対する質の高い運動指導を評価
 - ⇒ **(新) 糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算 100点**
- 算定要件に、保険者による保健指導への協力に関する事項を追加

ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P362

- ・ 標準的な回数の治療の実施を促す観点から評価の見直しを行う
 - ⇒ 基準を満たさない場合の減算を新設
- ・ 若年層のニコチン依存症患者
 - ⇒ ニコチン依存症治療を実施できるよう、対象患者の喫煙本数に関する要件を緩和

人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価・・・・・・・・・・・・・・・・ P364

- ・ 下肢の血流障害を適切に評価し、他の保険医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価
 - ⇒ 人工腎臓の加算として新設・・・【施設基準あり】

IV-6 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価について

実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価・・・・・・・・・・・・・・・・ P366

- ・ 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大

きい検査について、適正な評価を行う

- ・手術前医学管理料及び手術後医学管理料について、包括される検査項目の追加
- ・尿沈渣（鏡検法）及び同（フローサイトメトリー法）
 - ⇒同じ検体について細菌顕微鏡検査を併せて行った場合、主たるもののみ算定する
 - レセプト上、検体の別が不明確なため、細菌顕微鏡検査について検体の別を摘要欄に記載
 - ⇒外来診療料に包括

自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P371

- ・コンタクトレンズ検査料を算定している保険医療機関において、院内交付の割合等によって検査料の評価に差を設ける
- [経過措置あり] 平成 29 年 4 月 1 日より適用することとする

人工腎臓の適正な評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P373

- ・包括化されているエリスロポエチン等の実勢価格が下がっていることを踏まえ、評価を適正化
- ・透析困難者等加算の対象となっている難病（特定疾患）56 疾患に加え、法改正に伴い新たに指定した指定難病についても、評価する

医薬品の適正給付・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P375

- ・残薬削減等の保険給付適正化の観点から、以下のような見直し
- ・一定枚数を超えて湿布薬を処方する場合・・・**70 枚以上**
 - ⇒原則として処方せん料、処方料、調剤料、調剤技術基本料及び薬剤料を算定しない
 - 医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず一度に一定枚数以上投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に 記載することと
 - ⇒湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、**投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するか**を記載する

入院時の経腸栄養用製品の使用に係る給付の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・ P377

- ・胃瘻患者等に対して用いられる経腸栄養用製品について
 - 入院時食事療養(I) イ 入院時食事療養(I)1 (1食につき) 640円**
 - 入院時食事療養(I)2 (1食につき) 575円(新)**
- ⇒医薬品として薬価収載されているものと食品とがある
- 薬価基準と入院時食事療養費との間で給付額が異なっている
- ⇒食品である経腸栄養用製品のみを使用して栄養管理を行っている場合の入院時食事療養費等の額について、一定の見直しを行う

保険薬局の構造規制の見直し等について

- ・医薬分業の下、保険医療機関と保険薬局は、「一体的な経営」だけでなく「一体的な構造」も禁止されており、公道等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態であってはならない

<中医協資料>

答申について

<http://www.sasaki.jp/topics/3275>

○個別改定項目について

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112306.pdf>

○医科診療報酬点数表

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112223.pdf>

○歯科診療報酬点数表

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112224.pdf>

○調剤報酬点数表

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112225.pdf>