

第4回日医工 web セミナーに寄せられた質問への回答

2014年2月26日

株式会社日医工医薬経営研究所

第4回日医工 web セミナーのご聴講ありがとうございました。開催中に寄せられた質問や演者が言い足りなかったコメントなどを下記のようにまとめましたのでご参考ください。

準先発品について

準先発品とは、先発医薬品の承認ルールが未整備だった昭和42年10月1日以前に承認された品目のうち同一剤形・規格の後発医薬品が発売されている医薬品です。よって先発医薬品にも後発医薬品にも分類されないため「その他の品目」に分類されています。

2012年の診療報酬改定で「一般名処方加算」が新設されましたが、その要件に「後発医薬品のある先発医薬品について一般名処方が行われた場合に算定できる」とされたので、昭和42年以前に承認された医薬品には一般名処方加算が算定できない状態になりました。そこで2012年6月7日の疑義解釈通知により「昭和42年以前に承認された医薬品のうち同一剤形・規格の後発医薬品が発売されている医薬品」も一般名処方加算の対象となり、薬価基準収載リストに「準先発品」と記載されるようになりました。準先発品は、2012年6月以降に定められた新しい名称（概念）です。

そのため、昭和42年以前に承認された医薬品であっても、同一剤形・規格の後発医薬品の存在しない内服薬や外用薬、また注射薬は準先発品に指定されていません。

2014年3月時点の主な準先発品(内服薬、外用薬)

ATP腸溶錠	第一三共	ブスコパン	日本EI
PL配合顆粒	塩野義製薬	プリンペラン	アステラス製薬
アデホスコーフ	興和	フルイトラン	塩野義製薬
アドナ	田辺三菱製薬	ベリアクチン	日医工
アリナミンF	武田薬品工業	ベルサンチン	日本EI
アルダクトンA	ファイザー	ベンザリン	塩野義製薬
インデラル	アストラゼネカ	ボンタール	第一三共
ウルソ	田辺三菱製薬	マーズレンS	寿製薬
カルナクリン	三和化学研究所	ユベラン	エーザイ
キャベジンUコーワ	興和	ラシックス	サノフィ
セルシン	武田薬品工業	リンデロン	塩野義製薬
トランサミン	第一三共	レフトーゼ	日本新薬
ネルボン	第一三共	ワソラン	エーザイ
パファリン配合錠	ライオン	キシロカインゼリー	アストラゼネカ
パントシン	第一三共エスファ	インジナーゲル	Meiji Seika ファルマ
ピソルボン	日本EI	リンデロンV軟膏	塩野義製薬
ピタノイリン	武田薬品工業	ヒルドイド	マルホ

その次に問題となったのが、今回の新指標による後発医薬品の数量シェアの計算式です。

『新指標による数量シェア＝後発医薬品／（後発医薬品のある先発医薬品＋後発医薬品）』となるため、準先発品は「その他品目」となり計算式に入らないのに、その後発品は計算式に入ることになり、その取り扱いを注目していました。

昨年末に厚労省から開示されたリストでは個々の医薬品に「1（後発医薬品がない先発医薬品）」「2（後発医薬品がある先発医薬品）」「3（後発医薬品）」「★（後発医薬品のうち先発医薬品と同額又は薬価が高いもの）」と付番しています。どれにも該当しない医薬品は空欄となっており、準先発品に該当する医薬品も空欄となっています。厚労省 HP に『新指標による数量シェア＝3／（2＋3）』との記載があったため、MPI でも直接厚労省に確認したところ、2014年1月7日時点では「開示したリストの考え方でジェネリックシェアを算出しているが、現時点では診療報酬上の算定基準とするかは未定である。よって★が付された品目の取り扱いも未定である。」と回答されていました。

しかし現時点ではまだ何の動きもないこと、「未定」とはされていても『3／（2＋3）』の式が公開されていることを勘案すると、MPI では準先発品は分母に入らないのではないかと考えています。

官報告示が3月5日に予定されており、同時に薬価の告示もあるため「★」（先発医薬品と同額又は薬価が高い後発医薬品）の扱いも変更が予想されるので、何らかの通知が示される可能性もあります。

結論としては「準先発品の扱いはまだ明確でないため、今後の通知等を確認してください」となります。

（参考）Stu-GE「MPI資料」

2013年12月4日掲載 「準先発品」

2014年1月7日掲載 「使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている医薬品について」

妥結率について

妥結率に関しても多くの質問が寄せられました。MPI としてはお話しできる情報が2月12日の答申で出た文言のみであるため、詳細な事項について回答はできません。これも今後の通知等を確認してください。

しかし昨年から中医協で議論が続いていましたので、「たぶんこうなる？」のお話を web セミナーでお話しています。「いつから始まるの？」も明確なものは出ていませんが、過去の実績で評価されるのは問題だろうと思いますので、これは今年の4月以降の実績を9月に評価するのが妥当だろうと考えています。（厚労省から出たイラストもそんな風に見えます＝明確ではありませんが・・・）

また「誰が調べるのか？」「正確性の担保は？」なども、今の段階で明確になっていません。ただし中医協では、「医療機関が自己申告を行い、適宜調査を行う」ことが議論されていました。

処方せんについて

今回の改定では処方せん様式の変更は無いと思われます。

実績要件について

現在の調剤報酬において実績が求められる項目は3項目あり、その評価期間は以下の通りです。

- ・調剤基本料処方せん受付回数と集中率（前年3月1日～2月末日までの12か月実績）

- ・後発医薬品調剤体制加算（直近3カ月の実績）
- ・在宅患者調剤加算（直近一年間の実績）

しかし“実績みなし規定”が入る場合もありますので、今後の通知等を確認してください。

24時間開局について

今回の調剤報酬改定の最大のポイントは「24時間開局（対応）」と思います。昨年からの中医協でも「分業バッシング」が大きな話題となっていました。今回の調剤報酬改定は、「医科と同様に保険薬局も医療機関としての役割と責任を示してほしい」という強いメッセージが込められていると感じています。

24時間（開局・体制）規定が導入された点数

- ・調剤基本料の新たな特例（2500回超90%超）の除外規定（24時間開局）
- ・基準調剤加算の新たな要件（単独または連携で24時間対応）
- ・医科点数の「地域包括診療料（診療加算）」の院外処方条件（24時間開局、24時間対応）

問題は薬局運営や経営に与える影響です。現時点では24時間開局を行っている薬局はほとんど無いと考えられますが、それでもここまでを求められる改定になった背景は、やはり医療機関としての役割と責任だろうと考えます。実際に対応する患者数は多くないと思いますが、診療所、病院、介護施設等からのニーズは高まると考えます。そうなるとう経営戦略として積極的に24時間（開局・体制）に対応し、その地域での優位性を確保しようとする薬局も出てくると予想されます。

今後は薬局の2極化が始まるかもしれません。まずは「出来ない」とあきらめずに、連携も含めて「出来る方法はないか」を探ることが必要と考えます。要は、地域のニーズと患者のニーズです。

在宅患者訪問指導管理料の個人宅で夫婦に算定する場合について

個人宅であっても1日で二人分を算定する場合は、同一建物居住者にあたり、300点×2回で算定することになります。

平成22年度調剤報酬改定に関するQ&Aより（平成22年3月19日 日本薬剤師会）

在宅患者訪問薬剤管理指導料

Q. 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定にあたっては、患者の居住形態に関係なく、同一建物への1回の訪問で複数の患者について実施した場合は、当該複数患者すべてに対して「同一建物居住者の場合」（350点）を算定し、1回の訪問で1人の患者のみ実施した場合は「同一建物居住者以外の場合」（500点）を算定するものと理解してよいか。

A. そのとおり。

うがい薬について

うがい薬を医療保険から外す件については、現時点では医科、歯科点数（医療機関・診療所）のみが対象と考えられます。（2014年度の調剤報酬改定に関しては「うがい薬」の項目がありません）

よって該当する処方せんを受けられた場合は、今までどおりに調剤報酬を算定できると思います。今後の通知、または所属の団体等からの案内もご確認ください。

がん患者指導管理料(医科)について

(役割が違うので、医師、医師と看護師、医師と薬剤師でそれぞれ6回カウントできるか?)

1 (500点医師・看護師共同 治療方針の文書提供) は現行のがん患者カウンセリング料と同様患者1人につき1回の算定と思われます。

2 (200点医師又は看護師 心理的不安軽減のための面接) 2に該当する点数が6回まで算定できるという解釈と思われ、1及び3とは別で請求できるが回数としては2として6回までとなっていることから、医師が6回まで・看護師が6回までではなく合計6回までと思われま

3 (200点医師又は薬剤師 抗がん剤の文書説明) 2と同様3に該当する点数が6回まで算定できるという解釈から1及び2とは別で請求できるが回数としては3として6回までとなっていることから医師・薬剤師合わせて6回までと思われま

地域包括診療料の診療所(医科)について

(常勤医師が三人在籍で院内処方となると、薬剤師の配置義務が必要になるか?)

現在、医療法施行規則第6条の6において、病院又は常時3人以上勤務する診療所に専属の薬剤師を置かなければならないとされていますが、医療法第18条のただし書において、「病院又は診療所所在地の都道府県知事の許可を受けた場合は、この限りでない。」とされており、その基準は都道府県に委ねられておりますので、地域包括診療料(診療加算)の新設でもって薬剤師の配置義務が生じるものではないと思われま

特定集中治療室管理料1(医科)について

(施設基準としての医師配置について)

『専任の医師が常時治療室内に勤務』との記載があり、人数は規定されていないため、恐らく常時1名以上勤務していれば満たせるものと思います。5年以上の経験を有する医師を2名以上というのは、恐らく1日24時間医師を常時勤務させるには医師1人当たり1日8時間勤務として最低3人の専任医師が必要となり、そのうち2名以上が5年以上の経験が必要であるという解釈ではないかと思

その他、製品に関するお問い合わせは、日医工お客様サポートセンターにお問い合わせください。