

◆OTC類似薬の薬剤給付の見直しの厚労省広報のトリック

- 1) 「医療用医薬品の自己負担額のイメージ」の「解熱鎮痛薬」は、ロキソニン錠60mg（薬価10.80円）と思われる。
- 2) 朝昼晩の服用で1剤（服用方法の同一なもの）はまとめて「剤」という所定単位で計算する）は1点10円の点数換算で10.80円×3回=32.4円=3点。5日分で3点×5日分×10円×0.3（3割負担）=45円（患者負担）。
- 3) これが、10割負担だとしても、自己負担は150円で、OTC医薬品購入の約500円より大幅に安い。
- 4) 今回、この「薬価」の1/4が保険外となるので、「薬価の保険分」は10.8円×3/4=8.1円
差額料金は10.8円×1/4=2.7円
1剤分の保険分は8.1円×3回=24.3円=2点
これが5日分なので2点×5日分×10円×0.3（3割負担）=30円
差額料金の1剤分は2.7円×3回=8.1円=1点
これが5日分なので1点×5日分×10円×1.1（消費税10%）=55円 よって合計85円。
- 5) 厚労省資料の72円より実際の世界の85円の方が高く、負担率56.6%で理論値の47.5%より実は10ポイントも高い

OTC類似薬の薬剤給付の見直し

保険を使って医療用医薬品の処方を受ける場合と保険を使わずOTC医薬品で対応する場合の公平性を踏まえ、日常的な医療に用いる、OTC医薬品でも代替可能な医療用医薬品の保険給付の範囲を見直します。

制度のポイント
 鼻炎、胃痛、痛み止め、肩こり、風邪症状などの日常的な医療に用いる医療用医薬品の一部について、特別の料金（薬剤料の4分の1）がかかります。

子どもやがん患者・難病患者などには、特別の料金について配慮措置を検討します。

医療用医薬品の自己負担額のイメージ（3割負担の場合）

医療用医薬品（薬剤料のみ）	見直し前		見直し後		（参考）OTC医薬品
	見直し前	見直し後	見直し前	見直し後	
解熱鎮痛薬（5日分）	45円	⇒	72円		約500円
去痰薬（5日分）	45円	⇒	72円		約1,500円
便秘薬（30日分）	360円	⇒	570円		約2,000円
抗アレルギー薬（30日分）	540円	⇒	855円		約1,000円

注 実際の負担額は医薬品の薬価や特別の料金への消費税率などにより異なる場合があります。

※ 医療用医薬品の場合、処置料や調剤料や薬剤料等の技術料が生じる。
 ※ 医療用医薬品は、例示した医薬品のうち最もシニアの安いものを記載。
 ※ OTC医薬品は、医療用医薬品と代替可能なものうち確認できた範囲におけるネット上での最安の額を記載。

〈厚生労働省HPより〉

診療報酬 改定 2026

2度の訂正事務連絡 「在医総管」は注16のみ届出に

4月2日及び5月1日、厚労省は「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」を发出。主な訂正は、①在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料（在医総管）、②在宅医療充実体制加算の施設基準。これにより①在医総管は注16に該当する医療機関のみ届出が必要とされ、全ての医療機関が届出する必要はなくなった。注16とは、いわゆる重症患者を一定割合以上訪問してならず、「月2回」訪問でも「月1回」の点数しか算定できない医療機関のことである。以下、確認いただきたい。

①【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】（5月1日訂正）

第4 経過措置等

表1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

（中略）

- ・在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）に規定する基準

表2 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要なもの）

（中略）

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

※【編注】保団連発行の『点数表改定のポイント2026年6月』のp.769の5（改めて届出が必要な項目）から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料は削除してご使用いただきたい。

②【在宅医療充実体制加算の施設基準】（4月2日及び5月1日訂正）

ア、イ（略）

ウ 過去1年間の緊急の往診の実績を30件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績及び過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）の合計が30件以上であること。

エ 過去1年間において、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ診療月数に占める、在宅時医学総合管理料若しくは施設入居等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」又は在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、看取り加算若しくは死亡診断加算を算定する患者の延べ診療月数の割合が2割以上であること。ただし、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定する患者については、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者に限る。なお、適切なケアを行う重度の認知症患者（認知症自立度Ⅳ又はMに該当する患者であって、介護者への助言や療養方針に関する本人や介護者との意思決定支援を継続的に行うとともに、直近3か月以内に関係機関との間でこれらの情報を共有し連絡調整を行った患者をいう。以下同じ。）の延べ診療月数の割合が8分以上であり、適切なケアを行う重度の認知症患者であって在宅時医学総合管理料を算定する患者の延べ診療月数の割合が4分以上である場合には、重症患者割合は1割5分以上であること。

※【編注】保団連発行の『点数表改定のポイント2026年6月』のp.140（3）ウ、エを上記の通り読み替えてご使用いただきたい。

【外来データ提出加算等に関する事務連絡が発出】

厚労省は4月30日、「令和8年度における外来データ提出加算等の取扱いについて」を发出。令和8年度における「外来データ提出加算（地域包括診療加算及び地域包括診療料〈新設〉）、「充実管理加算（生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、外来データ提出加算から変更）、「在宅データ提出加算」、「リハビリテーションデータ提出加算」に関する取り扱いが示された。

この事務連絡において、令和8年3月31日において生活習慣管理料の外来データ提出加算を届け出ている場合、同年6月1日以降「充実管理加算1」を算定するにあたって改めて届出は不要であることが示された。詳細は厚労省等でご確認いただきたい。