

日医工MPI行政情報

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

「個別改定項目について(短冊)」から(調剤関連分を抜粋)

日医工株式会社

日医工医業経営研究所(日医工MPI)

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217号 菊地祐男

資料No.20180124-488-2



2018年1月24日に開催された 中医協総会配布資料「個別改 定項目」から、MPI資料として編 集しています。

厚労省ホームページにて原本も ご確認ください。

日医工株式会社

医科

(薬局関連項目

地域包括診療料等の見直し

2. 患者の受診医療機関や処方されている医薬品の把握について、医師の指示を受けた看護師等が実施可能であることを明確化する。また、一定の受診歴を有する患者について、同意に係る手続きを簡略化する。

TD /-	76,247,747
現 行	改定案
【地域包括診療料】	【地域包括診療料】
【認知症地域包括診療料】	【認知症地域包括診療料】
【地域包括診療加算】	【地域包括診療加算】
【認知症地域包括診療加算】	【認知症地域包括診療加算】
[算定要件]	[算定要件]
(中略)	(中略)
(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性	(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性
疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により	疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により
指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。	指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
(4)以下の指導、服薬管理等を行うこと。	(4)以下の指導、服薬管理等を行うこと。
(中略)	(中略)
イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機	イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機
関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品	関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品
を全て管理し、診療録等に記載すること。	を全て管理し、診療録等に記載すること。 <u>必要に応じ、医師の</u>
	指示を受けた看護師等が情報の把握等を行うことも可能である
	<u>こと。</u>
ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、	ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、
工及びオの場合に限り院外処方を可能とする。	工及びオの場合に限り院外処方を可能とする。

医科 (薬局関連項目

地域包括診療料等の見直し

玥	行
フレ	, , ,

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。 (中略)

- (ハ) 病院において院外処を行う場合は、以下の通りとする。 (中略)
- ② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。
- オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 (中略)
- (二) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行する お薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させるこ と。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該 点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

(中略)

改定案

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。 (中略)

- (ハ) 病院において院外処を行う場合は、以下の通りとする。 (中略)
- ② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。
- オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 (中略)
- (二) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

(中略)

かかりつけ薬剤師の評価

第1 基本的な考え方

患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師に関する評価について見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1. かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者の同意取得時に、患者の状態等を踏まえたかかりつけ薬剤師の必要性やかかりつけ薬剤師に対する患者の要望等を確認することを要件とする。
- 2. 上記 1. と併せて患者の同意取得の様式を整備する。
- 3. 処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象の薬局について、かかりつけ薬剤師指導料等の一定の算定実績がある場合に特例対象から除く取扱いを廃止する。
- 4. かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、当該保険薬局における在籍期間の要件等を見直す。

かかりつけ薬剤師の評価

現 行	改定案
【調剤基本料】 調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準 (1)次のすべてに該当する保険薬局であること。 イ当該保険薬局に勤務している保険薬剤師の5割以上が、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設 基準に適合している薬剤師であること。 ロかかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の 算定について、相当の実績を有していること。	【調剤基本料】 調剤基本料注 1 のただし書きに規定する施設基準 <u>(削除)</u>
【かかりつけ薬剤師指導料】 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 [施設基準] 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している。 ア、イ(略) ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。	【かかりつけ薬剤師指導料】 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 「施設基準〕 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している。 ア、イ(略) ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に〇月以上在籍していること。

. Ltd.

地域医療に貢献する薬局の評価

第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。また、医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

第2 具体的な内容

- 1. 夜間・休日対応や医療機関等への服薬情報提供の実績など、地域に貢献する一定の実績があること等を前提として、地域支援に積極的に貢献するための一定の体制を整備している薬局を評価する。
- 2. 施設基準において、一定時間以上の開局や医薬品の備蓄品目数等に加えて、薬物療法の安全性向上に資する事例の報告や副作用報告体制の整備を要件とする。併せて、基準調剤加算を廃止する。

改定案

(新) 地域支援体制加算 ○点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として所定点数に〇点を加算する。

[施設基準]

- (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績があること。(※)
- (2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。
- (3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供していること
- (4) 一定時間以上開局していること。
- (5) 十分な数の医薬品を備蓄していること。
- (6) 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。
- (7) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。

地域医療に貢献する薬局の評価

改定案

- (8) 当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。
- (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。
- (10) 当該保険薬局以外の医療従事者等に対し、医薬品に係る医療安全に資する情報の共有を行うにつき必要な体制が整備され、一定の実績を有していること。
- (11) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が○割を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した 後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が○ 割以上であること。
- (12) 区分番号00 の 1 に掲げる調剤基本料 1 を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。
- ① 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。
 - ※ 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績の基準 1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。
 - ① 夜間・休日等の対応実績 ○回
 - ② 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 ○回
 - ③ 服用薬剤調整支援料の実績 ○回
 - ④ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理の実績 ○回
 - ⑤ 服薬情報等提供料の実績 ○回
 - ⑥ 麻薬指導管理加算の実績 ○回
 - ⑦ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 ○回
 - ⑧ 外来服薬支援料の実績 ○回

地域医療に貢献する薬局の評価

現 行	改定案
【基準調剤加算】 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地 方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、 基準調剤加算として所定点数に32点を加算する。 なお、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1を算定している保 険薬局においてのみ加算できる。	【基準調剤加算】 (削除)

3. 医療資源の少ない地域の中で、医療提供体制が特に限定的な区域に所在する薬局について、調剤基本料の特例対象から除外する。

改定案

[調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準]

次のすべてに該当する保険薬局であること。

イ「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。 □ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数(歯科医療を担当するものを除く。)が○以下であって、許可病床数○床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が○割を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。 ハ 処方箋受付回数が一月に○回を超えないこと。

未妥結減算の見直し

第1 基本的な考え方

薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、「流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

第2 具体的な内容

- 1. 妥結率が低い保険薬局及び許可病床数 200床以上の病院における、初診料、再診料及び調剤基本料等の減算の取扱いを以下のとおり見直す。
- (1) 「流通改善ガイドライン」に基づき、①原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、② 医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉を慎むことを理念として明記する。
- (2) 保険薬局及び許可病床数 200床以上の病院に対し、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」等に係る報告を求め、報告を行わなかった場合の減算を設ける。
- (3) 妥結率の報告に係る取扱いについて、保険薬局及び病院の負担軽減の観点から、厚生局への報告時期を現在の10月の1ヶ月間から10~11月の2ヶ月間に変更する。
- 2. 保険薬局の調剤基本料等について、簡素化も考慮し、未妥結減算及びかかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない場合の減算を統合する。

未妥結減算の見直し

現 行	改定案
現行 【調剤基本料】 注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。(略) [施設基準] 調剤基本料1 □ 妥結率が5割を超えること 調剤基本料2 □ 妥結率が5割を超えること 調剤基本料3 □ 妥結率が5割を超えること 調剤基本料4 調剤基本料4 調剤基本料1のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が5割以下の保険薬局	改定案 【調剤基本料】 注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の 100分の〇に相当する点数により算定する。 [施設基準] 調剤基本料 1 (削除) 調剤基本料 2 (削除) (削除) (削除)
調剤基本料 5 調剤基本料 2 のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が 5 割以下の保険薬局	



未妥結減算の見直し

現 行	改定案
調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準 (2)調剤基本料1を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割を超えていること。	調剤基本料注 1 のただし書きに規定する施設基準 <u>(削除)</u>
調剤基本料の注3に規定する保険薬局 (新設) (新設)	調剤基本料の注3に規定する保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること (1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率 に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結 率が5割以下であること。
(新設)	(2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、 単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地 方厚生局長等に定期的に報告していないこと。 (3) (略)

Copyright Color Nichi Iko Fharmaceuticai Co., Ltd

訪問指導料における居住場所に応じた評価

第1 基本的な考え方

在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

第2 具体的な内容

在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現.行 改定案 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 650点 1 単一建物診療患者が1人の場合 ○点 2 同一建物居住者の場合 300点 2 単一建物診療患者が2~9人の場合○点 3 1及び2以外の場合 ○点 「単一建物診療患者の人数] [同一建物居住者] 当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療 医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建 機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者(当該保 物居住者の場合」という。 険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定する ものを含む。以下同じ。)の人数を「単一建物診療患者の人数」 という。 ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪 問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下 の場合には、それぞれ単一建物診療患者が1人であるものとみな

<u>す。</u>

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 1. 無菌製剤処理加算の評価を見直す。
- 2. 無菌製剤室を共同利用した場合の費用について、無菌製剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の両者の合議とすることを明確にする。
- 3. 乳幼児に対する業務の評価を新設する。

具 現 行	改定案
【調剤料】 注25の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ65点、75点又は65点(6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ130点、140点又は130点)を加算する。	【調剤料】 注2 5の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ <u>○点、</u> ○点又は <u>○点</u> (6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ <u>○点、</u> ○点又は <u>○点、</u> 0点又は <u>○点、</u> 0点又は <u>○点、</u>
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 (新設)	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 注3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院 が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族 等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算と して、1回につき〇点を所定点数に加算する。

在宅療養中のがん末期の患者に対する診療の充実

第1 基本的な考え方

がん患者の在宅療養の質を充実させる観点から、がん患者に対するターミナルケアとして行われる酸素療法について、 診療報酬上の評価を新設するとともに、がんの疼痛療法で通常用いられる内服の医療用麻薬について、投薬期間 の上限を緩和する。

第2 具体的な内容

- 1. 在宅患者訪問診療料の加算として、在宅で酸素療法を実施した場合の加算を新設する。
- 2. 「投薬量又は投与量が 30 日分を限度とされる内服薬」に、タペンタドール及びヒドロモルフォンの 2 剤を追加 する。

	現 行	改定案
	【投薬期間に上限が設けられている医薬品】	【投薬期間に上限が設けられている医薬品】
	(1) 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外 用薬並びに注射薬	(1) 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外 用薬並びに注射薬
	イ麻薬及び向精神薬取締法第2条第1号に規定する麻薬	イ麻薬及び向精神薬取締法第2条第1号に規定する麻薬
	((2)に掲げるものを除く。) (中略)	((2)に掲げるものを除く。) (中略)
	(2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外 用薬並びに注射薬	(2)投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外 用薬並びに注射薬
	イ内服薬	イ内服薬
	アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、 (中略)、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、トリアゾラム、ニメタゼ	アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、 (中略)、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリア
	パム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、	「中略)、クピクロン、グルビデム、四石酸塩、 <u>ダベンダドール</u> 、ドリア ゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、 <u>ヒドロモルフォン</u> 、プラゼパム、
	フルラゼパム塩酸塩、(以下、略)	フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、(以下、
1		略)

外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

第1 基本的な考え方

薬剤耐性菌対策は国際的にも重要な課題となっており、様々な対策が進められている。外来診療等における抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上のため、地域包括診療料等及び薬剤服用歴管理指導料について、以下のように見直す。

第2 具体的な内容

1. 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に資する加算を新設する。

改定案

医科点数

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 ○点

[算定要件]

急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児であって、初診の場合に限り、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、抗菌薬の使用が必要でない説明など療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、基礎疾患のない学童期以降の患者については、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること。

[施設基準]

感染症の研修会等に定期的に参加していること。

病院においては、データ提出加算2を算定していること。

2. 再診料の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算、地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料、薬剤服用歴管理指導料又は小児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料を算定する場合は、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること及び「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行うことを要件として追加する。

第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係るかかりつけ薬剤師指導料や薬剤服用歴管理指導料等の薬学管理料を充実する。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整管理料を算定する医療機関と連携して、医薬品の適正使用に係る取組を調剤報酬において評価する。

改定案

(新) 服用薬剤調整支援料 ○点

[算定要件]

6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が○種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- 2. 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局に対する薬剤服用歴管理指導料の区分を新設する。
- 3. 継続的な薬学的管理・指導等を推進するため、薬剤服用歴の記録に次回の服薬指導の計画を追加するとともに、かかりつけ薬剤師指導料、薬剤服用歴管理指導料等について評価を見直す。これに併せて、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

現行 改定案 【薬剤服用歴管理指導料】 【薬剤服用歴管理指導料】 1 原則6月以内に処方せんを持参した患者に行った場合38 1 原則6月以内に処方せんを持参た患者に行った場合 ○点 点 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 ○点 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 ○点 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 38点 注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の 注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の 全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定す 全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定す る。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に る。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に 掲げる調剤基本料1若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基 掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に 本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参 処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行っ した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50 た場合は、○点を算定する。 点を算定する。 (新設) 注9 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1のイ ~木に掲げる指導等の全てを行った場合には、薬剤服用歴管理 指導料の特例として、○点を算定する。なお、この場合において、 注3から注6に規定する加算は算定できない。 「施設基準】 [施設基準] 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局 (新設) であること。(※) ※「6月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参 した患者の割合が○割以下」等の基準を設ける。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料】70点	【かかりつけ薬剤師指導料】 <u>○点</u>
【かかりつけ薬剤師包括管理料】270点	【かかりつけ薬剤師包括管理料】 <u>○点</u>
【乳幼児服薬指導加算】	【乳幼児服薬指導加算】
6歳未満の乳幼児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、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。	6歳未満の乳幼児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、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、〇点を所定点数に加算する。

4. 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

	現行	改定案
	【重複投薬・相互作用等防止加算】 注4薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目 的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合 は、30点を所定点数に加算する。	【重複投薬・相互作用等防止加算】 注5 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ残薬調整に係るもの以外の場合 ○点 □残薬調整に係るものの場合 ○点
1	【在宅患者重複投薬·相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬·相互作用等防止管理料 30点	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 イ残薬調整に係るもの以外の場合 〇点 口残薬調整に係るものの場合 〇点

5. 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現 行	改定案
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 20点 注1 患者、その家族等若しくは保険医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、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。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。	【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 <u>1 ○点</u> 服薬情報等提供料 <u>2 ○点</u> 注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、 患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調 剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関へ 必要な情報を文書により提供等を行った場合に月に1回に限り 算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
(新設)	注2 2については、患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等、又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。保険医療機関への情報提供については、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。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

- 6. かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。
- 7. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料を見直す。

現 行	改定案
調剤料	調剤料
【内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く。)(1剤につき)】	【内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く。)(1剤につき)】
イ(略)	イ(略)
ロ15日分以上 21日分以下の場合 70点	ロ15日分以上 21日分以下の場合 ○点
ハ22日分以上 30日分以下の場合 80点	ハ22日分以上 30日分以下の場合 ○点
ニ31日分以上の場合 87点	ニ31日分以上の場合 ○点

常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の特例

第1 基本的な考え方

常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の要件について、育児・介護時の例外的な取扱いを調剤報酬において明確化する。

第2 具体的な内容

一つの保険薬局に常勤している薬剤師が、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定を設ける。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】	【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】
[施設基準]	[施設基準]
当該保険薬局に週32時間以上勤務している。	当該保険薬局に週 32時間以上 <u>(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法で定める期間は週</u> 時間以上かつ週〇日以上である場合を含む。) 勤務している。

薬局における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

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を踏まえ要件を見直す。

【IV - 2 後発医薬品の使用促進 - ①】

第2 具体的な内容

- 1. 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の調剤数量割合の基準を引き上げ、調剤数量に応じた評価に見直す。
- 2. 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

薬局における後発医薬品の使用促進

現行 改定案 【後発医薬品調剤体制加算】(処方せんの受付1回につき) 【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 イ後発医薬品調剤体制加算1 ○点 口後発医薬品調剤体制加算2 22点 □ 後発医薬品調剤体制加算 2 ○点 (新設) 八 後発医薬品調剤体制加算 3 ○点 「施設基準] 「施設基進〕 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品 及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品 及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品 の規格単位数量の割合がそれぞれ、以下のとおりであること。 の規格単位数量の割合がそれぞれ、以下のとおりであること。 後発医薬品調剤体制加算1 65%以上 後発医薬品調剤体制加算1 ○%以上 後発医薬品調剤体制加算2 75%以上 後発医薬品調剤体制加算2 ○%以上 (新設) 後発医薬品調剤体制加算3 ○%以上 【調剤基本料】 【調剤基本料】 (新設) 注6後発医薬品の調剤に関して、別に厚生労働大臣が定める 薬局において調剤した場合には、所定点数から○点を減算する。 [施設基準] ただし、処方箋の受付回数が1月に〇回以下の保険薬局を除く。 [施設基準] (新設) 調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局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を合算した規格単位数量に占める後発医 薬品の規格単位数量の割合が○割以下であること。ただし、当該

除く。

局であること。

Ltd.

保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは

(2) (1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬

医科 (薬局関連項目

一般名処方加算の見直し

第1 基本的な考え方

一般名処方加算について、一般名による処方が後発品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

第2 具体的な内容

後発医薬品の使用推進の観点から、一般名処方の推進を図るため、般名処方加算を見直す。

現行	改定案
【処方箋料】	【処方箋料】
イ 一般名処方加算1 3点	イ 一般名処方加算1 <u>○点</u>
ロ 一般名処方加算2 2点	ロ 一般名処方加算2 <u>○点</u>

医科

(薬局関連項目

処方料等及び処方箋様式の見直し

第1 基本的な考え方

外来機能の役割分担の推進及び分割調剤に係る医師の指示や分割調剤を行った際の手続きの明確化・合理化 を図る観点から、処方に係る加算及び処方箋の様式を見直す。医療機関と薬局の連携による医薬品の適正使用を 推進するため、残薬に係る疑義照会の取扱いを明確にする。

第2 具体的な内容

- 1. 外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、処方日数に係る加算を見直す。
- (1) 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院の 30 日 以上の処方減算を適正化する。
- (2) (1)に伴い、200 床未満の医療機関における特定疾患への処方に関する管理加算を見直す。
- (3) 分割指示の取扱いを明確化する(分割調剤における処方せん様式の追加)。

現行

【処方料・処方せん料・薬剤料】

注 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号 A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医 療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処 方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点 数の 100分の 60に相当する点数により算定する。

【処方料・処方せん料】

注 診療所又は許可病床数が 200床未満の病院である保険医 療機関において、入院中の患者以外の患者(別に定める疾患を 主病とするものに限る。)に対して薬剤の処方期間が28日以上 の処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加 算する。ただし、この場合において同一月に注5 (編:院外処方 づは注4)の加算は算定できない。

改定案

【処方料・処方せん料・薬剤料】

注 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号 A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医 療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処 方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点 数の 100分の○に相当する点数により算定する。

【処方料・処方せん料】

注 診療所又は許可病床数が 200床未満の病院である保険医 療機関において、入院中の患者以外の患者(別に定める疾患を 主病とするものに限る。) に対して薬剤の処方期間が 28日以上 の処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき〇点を加算 する。ただし、この場合において同一月に注5(編:院外処方は 注4)の加算は算定できない。

医科 ------

(薬局関連項目

処方料等及び処方箋様式の見直し

2. 分割調剤の手続きの明確化・合理化を図る観点から、分割調剤に係る処方せん様式を追加するとともに、具体的な取扱いを明確にする。

[分割調剤に係る留意事項]

- (1) 分割指示に係る処方せんを発行する場合、分割の回数は3回までとすること。
- (2) 分割指示に係る処方せんを発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方せん及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。
- (3) 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る処方せんの交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
- (4) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。
- (5) 受付保険薬局情報において、1 枚目の処方せんが処方せんの使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方せんは無効とすること。
- 3. あらかじめ医療機関と薬局で合意した方法により、残薬調整に係る疑義照会の取扱いを明確にする。

日医工株式会社

処 方 箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。) 分割指示に係る処方箋 _分割の_枚目 公費負担者番号 保 険 者 番 号	(発行保険医療機関情報) 処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先
公費負担医療 の受給者番号 被保険者証・被保険 有手帳の記号・番号	電話番号 FAX番号 その他の連絡先
氏名 保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 生年月日	分割指示に係る処方箋 分割指示に係る処方箋 本 本 名称 所在地 保険薬剤師氏名 印 受付年月日 日
新たな処方箋様式(
保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。) (情報 著 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) (日保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 (日保険医療機関へ情報提供) (日保険医療機関へ情報度) (日保険医療機関へ(日保険医療機関の(日保険医療機関へ(日保険医療機関へ(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療性(日保険医療機関の(日保険医療性(日保険医療機関の(日保険医療性(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険医療機関の(日保険健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健健	
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	受付年月日

第1 基本的な考え方

- 1. 医薬品の備蓄等の効率性や医療経済実態調査に基づく薬局の収益状況等を踏まえ、現行の処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象範囲について拡大するとともに、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。また、同様に医薬品の備蓄等の効率性も考慮し、いわゆる同一敷地内薬局の評価を見直す。
- 2. 薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、「流通改善ガイドライン」を踏まえ、調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

第2 具体的な内容

- 1. 現行の処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象範囲について以下のとおり拡大する。
- (1) 調剤基本料 3 について、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げる。
- (2) 調剤基本料 3 について、グループ全体の処方箋受付回数が多い、特に大型の門前薬局の評価をさらに適正化する。
- (3) 調剤基本料 2 について、処方箋の受付回数が2,000 回を超える保険薬局における特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げる。
- (4) 調剤基本料 2 について、以下の場合を追加する。
- ① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が一定数を超える場合。
- ② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が一定数を超える場合。
- (5) 特定の医療機関との不動産取引の関係がある等のいわゆる同一敷地内薬局に対する評価を見直す。

2. 保険薬局の調剤基本料について、簡素化も考慮し、未妥結減算及び薬剤師のかかりつけ機能に係る業務を実施していない場合の減算を統合する。

現 行	改定案
【調剤基本料】	【調剤基本料】
調剤基本料 1 41 点	調剤基本料1 ○点
調剤基本料 2 25 点	調剤基本料 2 ○点
調剤基本料320点	調剤基本料 3
	イ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数○回超○回
	<u>以下の場合 ○点</u>
	□同一グループの保険薬局による処方箋受付回数○回超の場
	<u>合 〇点</u>
調剤基本料 4 31 点	<u>(削除)</u>
調剤基本料 5 19 点	
注2注1の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬	注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局については、注1本
局以外の保険薬局については、特別調剤基本料として15 点を	文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として〇点を算定する。
算定する。	注2 即に原生労働士氏が党は2個際薬品においては、正党上
注3別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点	注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点
数の 100分の 50 に相当する点数により算定する。ただし、処方	数の <u>100分の〇</u> に相当する点数により算定する。
せんの受付が1月に 600 回以下の保険薬局を除く。	
 [施設基準]	[施設基準]
調剤基本料 1	調剤基本料 1
イ調剤基本料2のイ又は調剤基本料3のイに該当しない保険	調剤基本料2、調剤基本料3のイ、調剤基本料3の口又は
薬局であること	調剤基本料の注2の(1)に該当しない保険薬局であること
ロ 妥結率が5割を超えること	(削除)
	-

調剤基本料2

イ以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料3の イに該当する保険薬局を除く。

現行

- ① (略)
- ② 処方せんの受付回数が1月に2,000回を超えること(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9割を超える 場合に限る。)
- ③ 特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数が4,000 回を超えること

(新設)

ロ 妥結率が5割を超えること

調剤基本料3

イ 同一グループの処方せん受付回数の合計が1月に4万回を 超えるグループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当 する保険薬局

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9 割5分を超えること

調剤基本料2

イ以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料3の イ、調剤基本料3の口又は調剤基本料の注2の(1)に該当する 保険薬局を除く。

改定案

- ① (略)
- ② 処方箋の受付回数が1月に2,000回を超えること(特定の 保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が○割を超える 場合に限る。)
- ③ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(当該保険 薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合に あっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数と する。) が月 4,000回を超えること
- ④ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(同一グ ループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処 方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合 は、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。)が月〇 回を超えること

(削除)

調剤基本料3のイ

同一グループの保険薬局における処方箋受付回数の合計が1 月に○回を超えて、○回以下のグループに属する保険薬局のうち、 以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし、調剤基本料3の口 又は調剤基本料の注2の(1)に該当する保険薬局を除く。 ① 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が〇割 を超える保険薬局

改定案	
② (略) (削除)	
調剤基本料3の口 同一グループの保険薬局における処方箋受付回数の合計が1 月に〇回を超えるグループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし、調剤基本料の注2の(1)に該当する保険薬局を除く。 ① 特定の保険医療機関に係る処 方箋による調剤の割合が○割を 超える保険薬局 ②(略)	
[調剤基本料注 1 のただし書きに規定する施設基準] <u>(削除)</u>	

現 行	改定案
ロ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の 算定について、相当の実績を有していること。 (新設)	(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。 イ「基本診療料の施設基準等」(平成 20 年厚生労働省告示第 62号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。 □ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数(歯科医療を担当するものを除く。)の数が○以下であって、許可病床の数が○床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が○割を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。 ハ 処方箋受付回数が一月に○回を超えないこと。
(2) 調剤基本料 1 を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が 5 割を超えていること。	_(削除)_
[調剤基本料注 2 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局] (新設)	[調剤基本料注 2 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局] 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が○割を超えること。 (2) 調剤基本料 1、2、3のイ及び3の口のいずれにも該当しない保険薬局

現 行	改定案
[調剤基本料の注3に規定する保険薬局] かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を1年間実施していない保険薬局であること。	[調剤基本料の注3に規定する保険薬局] 次のいずれかに該当する保険薬局であること (1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率 に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結 率が○割以下であること。 (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、 単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地 方厚生局長等に定期的に報告していない保険薬局であること。 (3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施 していない保険薬局。ただし、処方箋の受付回数が1月に○回 以下の保険薬局を除く。

ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の処方に係る要件の見直し

医科

(薬局関連項目

第1 基本的な考え方

疾病の改善の目的外で、一度に多量に処方される血行促進・皮膚保湿剤(ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質)が一定程度あり、適正使用が求められていることを踏まえ、保険給付適正化の観点から、以下のような見直しを 行う。

第2 具体的な内容

- 1. 血行促進・皮膚保湿剤(ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質)の使用について、美容目的などの疾病の治療以外を目的としたものについては、保険給付の対象外である旨を明確化する。
- 2. 審査支払機関において適切な対応がなされるよう周知する。

【投薬】

[算定要件]

入院中の患者以外の患者に対して血行促進・皮膚保湿剤(ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質)を処方された場合で、疾病の治療であることが明らかであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。