

答申情報
(点数順)

日医工MPI行政情報

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

2018年度診療報酬改定「答申」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

【作成支援：(公社) 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美】



2018年2月7日の中医協総会配布資料「答申について」から、MPI資料として編集しています。

転記ミスや誤記等の可能性があるため厚労省ホームページにて原本もご確認ください。

資料No.20180207-490-2

日医工株式会社

[00 注2]

調剤基本料

いわゆる門前薬局
の評価の見直し

処方箋受付回数及び特定の保険医療機関の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。
大型の門前薬局については更に評価を見直す。
同一敷地内薬局については医薬品の備蓄等の効率性も考慮し評価を見直す。

現行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>調剤基本料 1 41 点</p> <p>調剤基本料 2 25 点</p> <p>調剤基本料 3 20 点</p> <p>調剤基本料 4 31 点</p> <p>調剤基本料 5 19 点</p> <p>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点を算定する。</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>調剤基本料 1 41点 点データ置き 点数表記載</p> <p>調剤基本料 2 25点</p> <p>調剤基本料 3</p> <p>イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数4万回超40万回以下の場合 20点</p> <p>ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回超の場合 15点</p> <p><u>（削除）</u> 点数見直し 敷地内薬局等</p> <p><u>（削除）</u></p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として処方箋の受付1回につき10点を算定する。</p>

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。

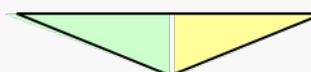
2月7日追加・改訂等

[00]

調剤基本料（施設基準①）

いわゆる門前薬局
の評価の見直し

現行	改定案
<p>〔施設基準〕 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薬局 であること □ 妥結率が 5 割を超えること</p> <p>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。</p> <p>② 処方箋の受付回数が 2,000 回を超える保 険薬局は、調剤集中率の基準を引き下げる。</p> <p>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</p> <p>③ 医療モール等薬局が所在する同一建物内に複数の 医療機関がある場合は合算</p> <p>(新設) ④ 特定の医療機関の近隣に同一グループに属する薬局を複数 設置することで、処方箋受付回数を分割している場合は合算。</p> <p>□ 妥結率が 5 割を超えること</p>	<p>〔施設基準〕 調剤基本料 1 調剤基本料 2、調剤基本料 3 のイ、調剤基本料 3 のロ又は調剤 基本料の注 2 の(1)に該当しない保険薬局であること (削除)</p> <p>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 のロ又は調剤基本料の注 2 の(1)に該当する保険薬 局を除く。</p> <p>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 8割5分 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 4,000 回を超えること</p> <p>(削除)</p>



[00]

調剤基本料（施設基準②）

いわゆる門前薬局
の評価の見直し

現行	改定案
<p>調剤基本料 3</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>② (略)</p> <p>□ 妥結率が5割を超えること</p> <p>(新設)</p> <p>調剤基本料 4</p> <p>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</p> <p>調剤基本料 5</p> <p>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</p>	<p>調剤基本料 3 のイ</p> <p>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4万回を超えて、40万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 のロ又は調剤基本料の注 2 の(1)に該当する保険薬局を除く。</p> <p>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8割5分を超える保険薬局</p> <p>② (略)</p> <p>(削除)</p> <p>調剤基本料 3 のロ</p> <p>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40万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。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。</p> <p>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8割5分を超える保険薬局</p> <p>② (略)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>

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。

かかりつけ薬剤師の
評価

地域医療に貢献する
薬局の評価

いわゆる門前薬局
の評価の見直し

[00 注1]

調剤基本料 (注1のただし書きに規定する施設基準)

現 行	改定案
<p>[調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準]</p> <p>(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>調剤基本料の特例対象の薬局を除外する規定を廃止する代わりに、「かかりつけ薬剤師指導料」等の施設基準の在籍期間の要件等を見直す。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>医療資源の少ない地域の薬局は、その地域の医療機関が限定されるため、集中率要件等を緩和し、調剤基本料の特例対象から除外する。</p> </div> <p>(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。</p>	<p>[調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準] (削除)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>医療資源の少ない地域</p> </div> <p>(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。</p> <p>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。</p> <p>ロ 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10以下であって、許可病床の数が200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7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。</p> <p>ハ 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。</p> <p>(削除)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>未妥結減算制度の見直し</p> </div>

[00 注2]

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)

いわゆる門前薬局
の評価の見直し

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。

現行	改定案
<p>[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)</p>	<p>[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9割5分を超えること。 (2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3のロのいずれにも該当しない保険薬局</p>

[00 注3]

未妥結減算の見直し

いわゆる門前薬局
の評価の見直し

調剤基本料

(注3に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局)

現行	改定案
<p>【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。ただし、処方せんの受付が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>調剤基本料1 □ 妥結率が5割を超えること</p> <p>調剤基本料2 □ 妥結率が5割を超えること</p> <p>調剤基本料3 □ 妥結率が5割を超えること</p> <p>調剤基本料4 □ 妥結率が5割を超えること</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準</p> <p>(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。</p>	<p>【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<u>50</u>に相当する点数により算定する。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>調剤基本料1 <u>(削除)</u></p> <p>調剤基本料2 <u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>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></p>

「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

変更なし

環境整備を図る「流通改善ガイドライン」の整備を踏まえ、調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

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、簡素化も考慮し減算を統合する。

[00 注3]

【IV - 7 効率性等に応じた薬局の評価の推進 - ①】

未妥結減算の見直し

いわゆる門前薬局
の評価の見直し

調剤基本料

(注3に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局)

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。

2月7日追加・改訂等

未妥結減算制度
の見直し

現行	改定案
<p>[調剤基本料の注3に規定する保険薬局] (新設) (新設) (新設)</p> <p>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。</p>	<p>[調剤基本料の注3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</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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600回以下の保険薬局を除く。</p>

妥結率の基準は
変更なし

「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。

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。

[00 注4]

基準調剤加算（廃止）

地域医療に貢献する
薬局の評価

現行	改定案
<p>【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。</p>	<p>【基準調剤加算】 <u>（削除）</u></p> <p>基準調剤加算を廃止して、新たに地域支援に貢献する薬局を評価を新設する。</p>

[00 注4]

基準調剤加算を廃止して、新たに地域支援に貢献する薬局を評価を新設する。

地域支援体制加算

地域医療に貢献する薬局の評価

改定案

相応の実績、服薬指導、情報提供、一定時間の開局、医薬品の備蓄、薬局の体制、24時間&在宅の対応、訪看STと連携、地域と連携、情報の共有、後発医薬品の割合

(新) 地域支援体制加算 35点

[算定要件]

注4 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35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。(※)

調剤基本料1を算定している保険薬局は、(1)を適用せず(12)①~③を満たすこと。

※ 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 400回
- ② 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回
- ③ 服用薬剤調整支援料の実績 1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 12回
- ⑤ 服薬情報等提供料の実績 60回
- ⑥ 麻薬指導管理加算の実績 10回
- ⑦ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回
- ⑧ 外来服薬支援料の実績 12回

(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。

(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8割5分を超える場合にあつては、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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が5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。

(11)集中率基準引き下げ(対象薬局の拡大)、後発医薬品使用割合基準の引き上げ

[00 注5]

後発医薬品調剤体制加算

薬局における後発
医薬品の使用促進

新たな数量シェア目標を踏まえ
要件を見直す。

現行	改定案
<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 18点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点 （新設）</p> <p>【施設基準】</p> <p>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に占める後発医薬品の規格単位数の割合がそれぞれ、以下のとおりであること。</p> <p>後発医薬品調剤体制加算1 65%以上</p> <p>後発医薬品調剤体制加算2 75%以上 （新設）</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方箋の受付1回につき）</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 18点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算3 26点</p> <p>【施設基準】</p> <p>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に占める後発医薬品の規格単位数の割合がそれぞれ、以下のとおりであること。</p> <p>後発医薬品調剤体制加算1 75%以上</p> <p>後発医薬品調剤体制加算2 80%以上</p> <p>後発医薬品調剤体制加算3 85%以上</p>

評価を3区分にする

後発品の調剤数量割合の
基準を引き上げる。

[00 注6]

新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

調剤基本料

薬局における後発
医薬品の使用促進

(注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局)

現行	改定案
<p>【調剤基本料】 (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p><u>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2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>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。</u></p> <p>(1) <u>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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が2割以下であること。ただし、当該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除く。</u></p> <p>(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局であること。</p>

経過措置：区分番号00の注6に係る規定は、平成30年9月30日までの間は、適用しない。

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。

点数表記載

報告をしていない場合も

分割調剤

処方料等及び処方箋様式の見直し

医科
(薬局関連項目)分割調剤の手続きの明確化・合理化を図る観点から、
具体的な取扱いを明確にする。

改定案

[分割調剤に係る留意事項]

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合、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箋を発行した場合は、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箋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箋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ことを説明すること。
- (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枚目の処方箋が処方箋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、当該処方箋は無効とすること。

分割調剤に係る処方箋様式を追加する

新たな処方箋様式 (案)

<h2 style="margin: 0;">処 方 箋</h2> <p style="margin: 0;">(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">分割指示に係る処方箋 _____ 分割の _____ 枚目</p>												
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・被保険者手帳の記号・番号								
患 者	氏 名		保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日	明大昭和 年 月 日	男・女	電 話 番 号								
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名 (印)								
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード								
交付年月日		平成 年 月 日		処方箋の使用期間		平成 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
処 方	変更不可 (個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」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。)											
	備 考 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。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
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		(印)		公費負担医療の受給者番号								

様式第二号の二(第二十三条関係)

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 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51年厚生省令第36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。

分割指示に係る処方箋

<h2 style="margin: 0;">分割指示に係る処方箋 (別紙)</h2>	
(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 電話番号 _____ F A X 番号 _____ その他の連絡先 _____	
(受付保険薬局情報) _____ 枚目を受け付けた保険薬局 名称 _____ 所在地 _____ 保険薬剤師氏名 _____ (印) 受付年月日 _____ _____ 枚目を受け付けた保険薬局 名称 _____ 所在地 _____ 保険薬剤師氏名 _____ (印) 受付年月日 _____ _____ 枚目を受け付けた保険薬局 名称 _____ 所在地 _____ 保険薬剤師氏名 _____ (印) 受付年月日 _____	

様式第二号の二

[01]

調剤料

薬局における対人業務の評価の充実

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるための評価

内服薬の調剤料の見直し

現行	改定案
<p>調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】 イ 14日分以下の場合 （1）7日目以下の部分（1日分につき） 5点 （2）8日目以上の部分（1日分につき） 5点 ロ 15日分以上21日分以下の場合 70点 ハ 22日分以上30日分以下の場合 80点 ニ 31日分以上の場合 87点</p>	<p>調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】 イ 14日分以下の場合 （1）7日目以下の部分（1日分につき） 5点 <u>（2）8日目以上の部分（1日分につき） 4点</u> ロ 15日分以上21日分以下の場合 <u>67点</u> ハ 22日分以上30日分以下の場合 <u>78点</u> ニ 31日分以上の場合 <u>86点</u></p>

点数表の正誤表に記載

[01 注2]

無菌製剤処理加算 (調剤料)

効率的で質の高い在宅薬
剤管理指導業務の推進

無菌製剤室の共同利用を推進するため、
無菌製剤処理加算の評価を見直す。

点数表記載

現行	改定案
<p>【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。</p>	<p>【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、無菌製剤処理加算として1日につきそれぞれ67点、77点又は67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135点、145点又は135点）を加算する。</p>

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。

[10 注1、9]

薬剤服用歴管理指導料

薬局における対人業務の評価の充実

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるための評価

2月7日追加・改訂等

現行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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点 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 38点 <p>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点を算定する。</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>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。</p> </div> <p>[施設基準] (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>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。</p> </div>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 41点 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点 特別養護老人ホーム入所者に対に入所している患者に訪問して行った場合 41点 <p>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以外の調剤基本料を算定する保険薬局に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た場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。</p> <p>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～ホ又は注2に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1及び注2の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、13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。</p> <p>[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であること。(※)</p> <p>※「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5割以下」等の基準を設ける。</p>

経過措置：区分番号10の注9に係る規定は、平成31年3月31日までの間は、適用しない。

点数表記載

[10 注4]
[13の2 注3]
[15の6]

重複投薬・相互作用等防止加算 (薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

薬局における対人
業務の評価の充実

対物業務から対人業務への構造的な
転換を進めるための評価

2月7日追加・改訂等

現 行	改定案
<p>【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。</p> <p>【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</p>	<p>【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、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るものの場合 30点</p> <p>【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 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るものの場合 30点</p>

残薬調整に係るもの以外の評価の見直し

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。

[10 注6]
[13の2 注5]

乳幼児服薬指導加算 (薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料)

薬局における対人
業務の評価の充実

対物業務から対人業務への構造的な
転換を進めるための評価

現 行	改 定 案
<p>【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。</p>	<p>【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、<u>乳幼児服薬指導加算として、12点を</u>所定点数に加算する。</p>

乳幼児に対する加算を充実

[10]

薬剤服用歴管理指導料

外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

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、診療報酬評価の要件を追加する。

改定案

薬剤服用歴管理指導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。

医科点数の「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、小児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料」についても算定する場合は同様の要件とする。

抗菌薬の適正使用の推進とともに、無徹底して無駄を排除する。

[13の2]

[13の3]

かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料

薬局における対人
業務の評価の充実

対物業務から対人業務への構造的な
転換を進めるための評価

現行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料】 70点 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 270点	【かかりつけ薬剤師指導料】 73点 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 280点

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等について評価を見直す。

[13の2]

[13の3]

かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料

常勤の薬剤師に係る週
当たりの勤務時間の特例

現行	改定案
<p>【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] 当該保険薬局に週32時間以上勤務している。</p>	<p>【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] 当該保険薬局に週32時間以上（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24時間以上かつ週4日以上である場合を含 む。）勤務している。</p>

常勤薬剤師の勤務時間要件について、
育児・介護時の例外的な取扱いを明確
化する。

短時間勤務を行う際の例外
規定を設ける。

[13の2]

[13の3]

かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料

かかりつけ薬剤師の
評価

現 行	改 定 案
<p>【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 <u>(通知)</u>〕 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている<u>こと</u>。 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している<u>こと</u>。 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<u>こと</u>。</p>	<p>【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 <u>(通知)</u>〕 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている<u>こと</u>。 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している<u>こと</u>。 ア、イ (略) ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に<u>12月</u>以上在籍している<u>こと</u>。</p>

調剤基本料の特例対象の薬局を除外する規定を廃止する代わりに、在籍期間の要件等を見直す。

[14の3]

服用薬剤調整支援料

薬局における対人
業務の評価の充実

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるための評価

改定案

(新) 服用薬剤調整支援料 125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2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。

医薬品の適正使用を進めるため、薬剤総合評価調整管理料を算定する医療機関と連携を評価する

[15]

在宅患者訪問薬剤管理指導料

訪問指導料における居住場所に応じた評価

薬剤師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。

現行	改定案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 同一建物居住者以外の場合 650点 2 同一建物居住者の場合 300点 <p>【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「同一建物居住者の場合」という。</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点 2 単一建物診療患者が2～9人の場合 320点 3 1及び2以外の場合 290点 <p>【単一建物診療患者の人数】 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す。</p>

単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

[15 注3]
[15の2 注3]
[15の3 注3]

乳幼児加算

(在宅患者訪問薬剤管理指導料・

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料・在宅患者緊急時等共同指導料)

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

現行	改定案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 (新設)</p>	<p>【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100点を所定点数に加算する。</p>

乳幼児に対する業務の評価を新設する。

[15の5]

対物業務から対人業務への構造的な
転換を進めるための評価

服薬情報等提供料

薬局における対人
業務の評価の充実

現 行	改定案
<p>【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 20点</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p>	<p>【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 <u>1</u> 30点 服薬情報等提供料 <u>2</u> 20点</p> <p>注1 <u>1</u>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なった場合に月に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。</p> <p>注2 <u>2</u>については、患者又若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該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。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。</p>

保険医療機関の求めがあった
場合を別に評価する。

医科
(薬局関連項目)

一般名処方加算

一般名処方加算の見直し

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た、後発医薬品の使用推進。

現行	改定案
<p>【処方箋料】</p> <p>イ 一般名処方加算 1 3点</p> <p>ロ 一般名処方加算 2 2点</p>	<p>【処方箋料】</p> <p>イ 一般名処方加算 1 <u>6点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算 2 <u>4点</u></p>

より一般名による処方が推進されるよう、一般名処方加算を見直す。

医科
(薬局関連項目)

処方料・処方箋料 等

処方料等及び処方箋
様式の見直し

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。

現行	改定案
<p>【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。</p> <p>【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日以上の場合、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：院外処方注4）の加算は算定できない。</p>	<p>【処方料・処方箋料・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日以上の場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>【処方料・処方箋料】 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日以上の場合、月1回に限り、1処方につき66点を加算する。ただし、この場合において同一月に注5（編：院外処方注4）の加算は算定できない。</p>

紹介率の低い大病院の処方減算を適正化する。

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。

医科
(薬局関連項目)

ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質

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

改定案

【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。

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。

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。

医科
(薬局関連項目)

投薬制限

在宅療養中のがん末期の患者に対する診療の充実

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。

現行	改定案
<p>【投薬期間に上限が設けられている医薬品】</p> <p>(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((2)に掲げるものを除く。) (中略)</p> <p>(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 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、フルラゼパム塩酸塩、(以下、略)</p>	<p>【投薬期間に上限が設けられている医薬品】</p> <p>(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((2)に掲げるものを除く。) (中略)</p> <p>(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 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、<u>タペンタドール</u>、トリアゾラム、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、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、(以下、略)</p>

30日を上限とする内服薬」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。

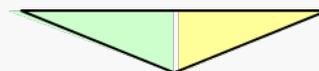
医科
(薬局関連項目)

地域包括診療料 等

地域包括診療料
等の見直し

現行	改定案
<p>【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】 【認知症地域包括診療加算】</p> <p>[算定要件] (中略)</p> <p>(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、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。</p> <p>(4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。 (中略)</p> <p>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を全て管理し、診療録等に記載すること。</p> <p>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、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。</p> <p>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)</p>	<p>【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】 【認知症地域包括診療加算】</p> <p>[算定要件] (中略)</p> <p>(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、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。</p> <p>(4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。 (中略)</p> <p>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こと。</u></p> <p>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、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。</p> <p>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)</p>

医師の指示を受けた看護師等が処方薬の把握を行っても良い。



(ハ) 病院において院外処方を行う場合は、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。

地域包括診療料を算定する病院が院外処方するための条件

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。

地域包括診療料を算定する診療所が院外処方するための条件

(中略)

(9) 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

(略)

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

(ハ) 病院において院外処方を行う場合は、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)

(9) 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、省略することができる。この場合でも、他医療機関受診前の事前相談の必要等について、文書で患者（認知症を有する患者については家族等）に周知すること。

(略)

答申（調剤）は以上