

日医工MPI行政情報

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

2014年度診療報酬改定 「調剤」

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 菊地祐男

（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4828 長岡俊広

3月11日に資料を追加して
更新しました。
（主な変更）P5の「調剤基本
料（処方せん受付回数）」、
P10に前提条件を追加

資料No.20140311-353-2



Nikky

2014年3月5日の官報告示
で提示された「通知」等の情
報も加えて資料化しています。
厚労省ホームページ掲載の
原本もご確認ください。



株式会社日医工医業経営研究所

調剤基本料

調剤基本料の特例について、1月に2,500回(90%を超えるものに限る)を超える保険薬局も特例対象(24時間開局は除外)

改定前	改定後	消費税分含む (+1点)
<p>【調剤基本料】 (処方せんの受付1回につき) 40点 注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(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70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。</p> <p>(新設) 24時間開局とは ①保険薬剤師が当直を行う等保険薬剤師を24時間配置し、来局した患者の処方せんを直ちに調剤できる体制を有していること。 ②当該保険薬局が客観的に見て24時間開局していることがわかる表示又はこれに準ずる措置を講じること。なお、防犯上の観点から必要であれば、夜間休日においては、夜間休日専用出入口又は窓口で対応することで差し支えない。</p>	<p>【調剤基本料】 (処方せんの受付1回につき) 41点 注 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき25点を算定する。<u>ただし、調剤基本料の特例のロ(イの場合を除く。)</u>に該当する場合であって、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はこの限りでない。 イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(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70%を超えるものに限る。) ロ 処方せんの受付回数が1月に2,500回を超える保険薬局(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%を超えるものに限る。)</p> <p>(調剤基本料の注に係る施設基準) 24時間開局をしていること。</p>	

別添3「調剤報酬点数表に関する事項」

00調剤基本料

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

(2) 同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方せん又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方せんについては一括して受付1回と数える。ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方せんについては歯科以外の処方せんと歯科の処方せんを別受付として算定できる。

(3) 2以上の異なる保険医療機関が交付した処方せんを同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。

(4) 処方せんの受付回数が月に4,000回又は2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。ただし、受付回数の計算に当たり、「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算若しくは「区分番号01」の「注5」の夜間・休日等加算を算定する調剤料に係る処方せん、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方せん又は介護保険法(平成9年法律第123号)に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)別表の「5」の居宅療養管理指導費の口の(2)若しくは指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)別表の「5」の介護予防居宅療養管理指導費の口の(2)の基となる調剤に係る処方せんを受け付けた場合には、当該処方せんの受付は受付回数に含めないものとする。

ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について

受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は前年3月1日から当年2月末日までの12か月の受付回数が48,000回又は月に2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は前年3月1日から当年2月末日までの12か月の受付回数が30,000回を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

イ 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの受付回数が4,000回又は2,500回に月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

ウ 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について

受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の受付回数が12,000回又は月に2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の受付回数が7,500回を超えるか否かで判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は4041点を算定する。

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

別添3「調剤報酬点数表に関する事項」

(5) 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70%を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。

ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について

前年3月1日から当年2月末日までの12か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

イ 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までに受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

ウ 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月1日から3か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は4041点を算定する。

(6) 開設者の変更(親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等)又は薬局の改築等の理由により薬事法上の薬局の許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(4)のウ及び(5)のウの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づき調剤基本料を算定する。

施設基準通知

新規記載分(緑字)抜粋

第88 調剤基本料の特例に関する施設基準

1 当該保険薬局において、24時間開局をしていること。24時間開局とは、次に掲げるすべての要件を満たす保険薬局をいう。

(1) 保険薬剤師が当直を行う等保険薬剤師を24時間配置し、来局した患者の処方せんを直ちに調剤できる体制を有していること。

(2) 当該保険薬局が客観的に見て24時間開局していることがわかる表示又はこれに準ずる措置を講じること。なお、防犯上の観点から必要であれば、夜間休日においては、夜間休日専用出入口又は窓口で対応することで差し支えない。

2 調剤基本料の特例の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。

調剤基本料（処方せん受付回数）

処方せん受付回数、割合の計算は4月に届出 期間は前年の3月から本年の2月の数字にて計算

平成22年3月19日日本薬剤師会『平成22年度調剤報酬改定に関するQ&A』

Q. 調剤基本料の適用区分の計算にあたっては、時間外加算や夜間・休日等加算、在宅関係点数などに係る処方せん受付回数を除外した上で適否を判断するよう見直されたが、特定の保険医療機関に係る集中率の計算については、除外せずに取り扱うものと理解してよいか。

A. そのとおり。

Q. 調剤基本料および後発医薬品調剤体制加算の適用区分の計算にあたっては、健康保険法、国民健康保険法及び後期高齢者医療制度に係わる処方せんのみ（これらとの公費併用を含む）が対象であると理解してよいか。たとえば、公費単独扱いである生活保護に係る処方せんについては、除外して計算するものと理解してよいか。

A. そのとおり。

労災等も除外

100%公費の処方せんについては調剤基本料や後発医薬品調剤体制加算の計算から除外する

処方せん受付回数からは除外

集中率は除外しない

時間外加算
休日加算
深夜加算
夜間・休日等加算
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
居宅療養管理指導費
介護予防居宅療養管理指導費

調剤基本料（妥結率）

全薬局対象

妥結率が低い場合は、調剤基本料を約25%減額する

改定前	改定後
<p>【調剤基本料(処方せんの受付1回につき)】 40点 (新設)</p>	<p>【調剤基本料(処方せんの受付1回につき)】 41点 注 当該保険薬局における妥結率(当該保険薬局において購入された薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ)に占める卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が5割以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき31点(注1に掲げる点数に該当する場合には19点)により算定する。</p>



この期間の妥結率が50%以下の場合、基本料の評価の適正化を図る。

11月から翌年の10月まで減額算定
ただし2014年10月届け出分は、2015年1月から10か月分だけ減額算定

消費税分含む (+1点)

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数量 \times 薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$

別添3「調剤報酬点数表に関する事項」**妥結率**

新規記載分抜粋
(青字が新規)

(12) 医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況のまま、調剤を行った場合は、「注6」の所定点数を算定する。妥結率が低い保険薬局とは、妥結率の実績が50%以下の保険薬局をいう。妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日とし、当該期間の妥結率の実績が基準を上回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。ただし、報告年度の当年10月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においても、翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。なお、妥結とは、取引価格が決定しているものをいう。ただし、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする。また、価格は決定したが、支払期間が決定していないなど、取引価格に影響しない契約状況が未決定の場合は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率 = 卸売販売業者(薬事法(昭和35年法律第145号)第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量 × 薬価を合算したもの) / 当該保険薬局において購入された薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額

(13) 妥結率の割合は、「別紙様式1」により、毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告する。なお、平成26年度改定後、最初の報告は平成26年10月に行い、(12)の取扱いについては、平成27年1月1日から適用する。

(14) 保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

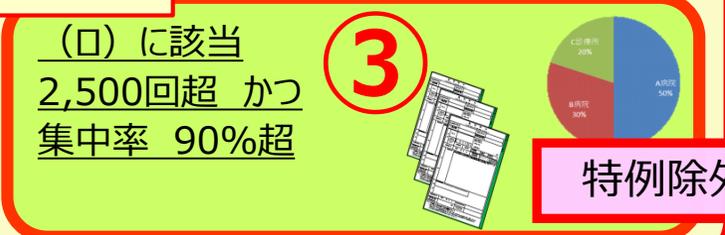
調剤基本料

図解資料

処方せん受付回数、集中率



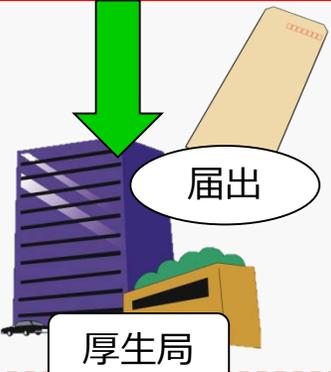
特例



特例除外



9月末日までの購入薬剤の薬価総額の妥結率が5割以下



調剤基本料	現行	改定案
調剤基本料 ①	40点	41点 (消費税分含)
調剤基本料 ② (妥結率が低い場合)	-	31点 (消費税分含)
調剤基本料 ③ (特例)	24点	25点 (消費税分含)
調剤基本料 ④ (特例かつ妥結率が低い場合)	-	19点 (消費税分含)

処方せん受付回数、割合の計算は4月に届出 期間は昨年3月から今年2月の数字にて計算

基準調剤加算（通則）

基準調剤加算は、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が要件となった。

改定前	改定後
<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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（調剤基本料の特例に該当する場合には特例に掲げる点数）に加算する。</p> <p>イ 基準調剤加算1 10点 ロ 基準調剤加算2 30点</p> <p>[施設基準]通則</p> <p>イ 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。 ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。 ハ 地域の保険医療機関の通常診療時間に応じた開局時間となっていること。 ニ 開局時間以外の時間において調剤を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ホ 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が整備されていること。</p> <p><u>(新規)</u></p>	<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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。<u>なお、調剤基本料の特例の口に該当する場合であって、特例の施設基準に適合するものとして届け出していない場合は算定しない。</u></p> <p>イ 基準調剤加算1 12点(改) ロ 基準調剤加算2 36点(改)</p> <p>[施設基準]通則</p> <p>イ 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。 ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。 ハ 地域の保険医療機関の通常診療時間に応じた開局時間となっていること。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>ニ <u>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。</u> ホ <u>麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</u></p>

2,500回越え90%超え薬局で24時間開局していない薬局は算定できない

図解資料

基準調剤加算 共通基準の改定

前提条件

加算2では600回かつ70%超は×の要件があり、算定は加算1に限られる



調剤基本料 (□) に該当している場合
⇒24時間開局している



在宅への積極的な関与



麻薬免許

共通【施設基準】通則	現行	改定案
イ 基準調剤加算 1	10点	12点
□ 基準調剤加算 2	30点	36点
<p>イ 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。</p> <p>□ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。</p> <p>ハ 地域の保険医療機関の通常診療時間に応じた開局時間となっていること。</p> <p>ニ 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。</p> <p>ホ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。開局時間以外の時間において調剤を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p>		

基準調剤加算 1

24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制

単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により24時間調剤及び在宅業務が速やかに実施できる体制を整備していることをいうものである。ただし、連携体制を構築する複数の保険薬局の数は、当該薬局を含めて10未満とする。

改定前

基準調剤加算1の基準

十分な数の医薬品を備蓄していること。

(新規)

(新規)

改定前の基準調剤加算の要件

緊急時等の調剤に対応できる体制とは

- ・単独の保険薬局又は地域薬剤師会等の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること
- ・調剤を自ら行わない時間帯において、患者の同意を得て当該患者の調剤に必要な情報を他の保険薬局に提供すること

等により、他の保険薬局の保険薬剤師が緊急連絡等に対して常時調剤することができる連携体制を整備していることをいうもの。

ほぼ改定前の基準調剤加算の要件のイメージ(厚労省)

改定後

基準調剤加算1の基準

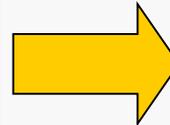
イ 十分な数の医薬品を備蓄していること。

ロ 当該薬局を含む近隣の薬局と連携して24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うのに必要な体制が整備されていること。

ハ 処方せんの受付回数が一月に四千回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤のうち特定の保険医療機関に係る処方によるものの割合が七割以下であること。

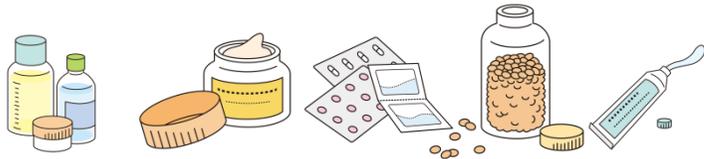
24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは

- ・保険薬剤師が患者の求めに応じて24時間調剤等が速やかに実施できる体制を整備していること。
- ・当該保険薬局は、原則として初回の処方せん受付時に(記載事項に変更があった場合はその都度)、当該担当者及び当該担当者とは直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書(これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。)により交付していること。

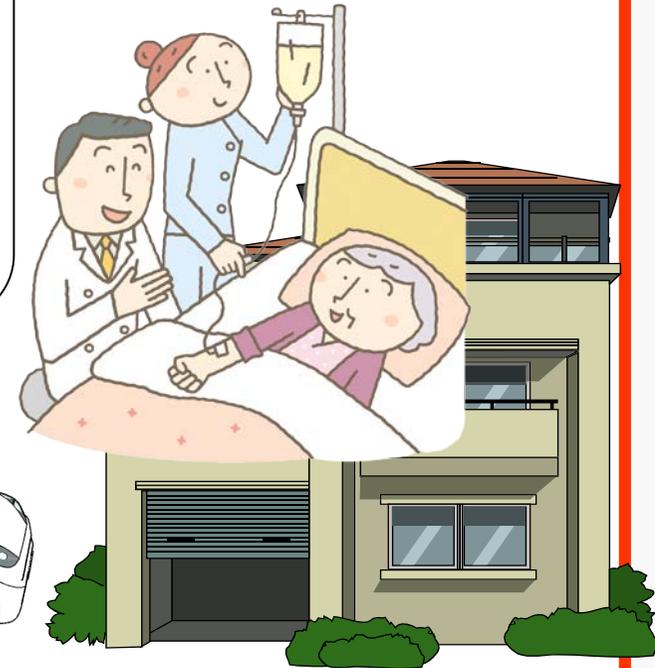


図解資料

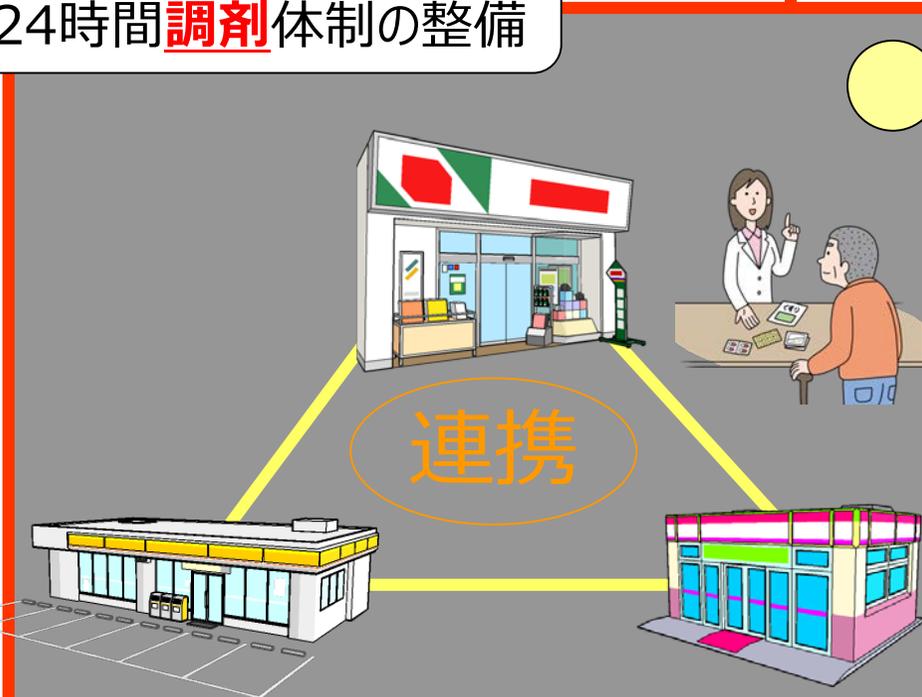
イ) 十分な数の医薬品を備蓄



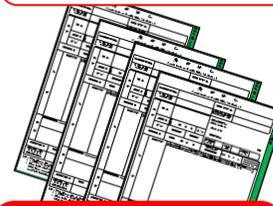
ロ) <近隣薬局と連携> 在宅患者に対する 薬学的管理及び指導 を行うのに必要な 体制整備



ロ) <近隣薬局と連携> 24時間**調剤**体制の整備



ハ) 1か月の処方せん受付回数と集中率



4,000回超



70%超



基準調剤加算2

24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制
 単独の保険薬局により24時間調剤及び在宅業務が速やかに実施できる体制を整備していることをいうものである

改定前	改定後
<p>基準調剤加算2の基準 イ 略 ロ 麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。 ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。 (新規)</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p>	<p>基準調剤加算2の基準 イ 略 (削除)</p> <p>ロ 十分な数の医薬品を備蓄していること。 ハ 当該薬局のみで24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うのに必要な体制が整備されていること。 ニ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、相当の実績を有していること。 ホ 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。 ヘ 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。</p>

直近1年間の在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅療養管理指導及び介護予防在宅療養管理指導等の実施回数が、合算して計10回以上であること

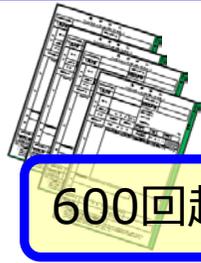
算定回数ではないことに注意！

衛生材料を供給できる体制等

図解資料

今回追加項目

ロ)十分な数の医薬品を備蓄

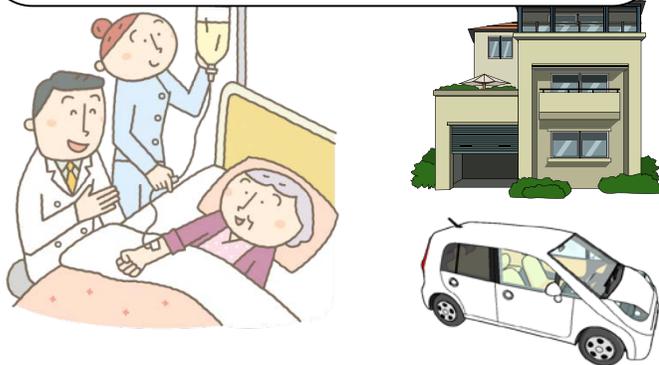


ハ)〈当該薬局 単独〉 24時間調剤体制の整備



ハ)〈当該薬局 単独〉

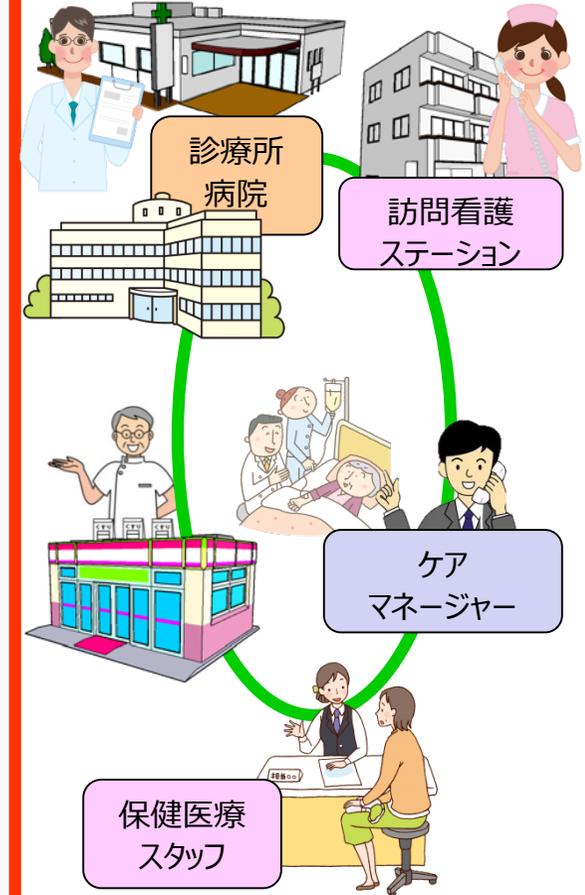
在宅患者に対する 薬学的管理及び指導 を行うのに必要な体制整備



ニ)在宅の 相当数の 実績



ホ)へ) 当該地域における 連携体制



施設基準通知

新規記載分(緑字)抜粋

第89 基準調剤加算

1 基準調剤加算1の施設基準

- (1) 保険調剤に係る医薬品として700品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 当該薬局を含む近隣の薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により24時間調剤及び在宅業務が速やかに実施できる体制を整備していることをいうものである。ただし、連携体制を構築する複数の保険薬局の数は、当該薬局を含めて10未満とする。
- (3) 当該保険薬局は、原則として初回の処方せん受付時に(記載事項に変更があった場合はその都度)、当該担当者及び当該担当者 と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項(近隣の保険薬局との連携により24時間調剤ができる体制を整備している保険薬局は、近隣の保険薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。)等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書(これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。)により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者 と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
また、これら近隣の薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。
- (4) 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下であること。
- (5) 上記(4)に該当するか否かの取扱いについては、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における処方せんの受付回数が1月に4,000回を超えるか否かの取扱い及び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70%を超えるか否かの取扱いに準じて行う。
- (6) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

(7) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。

(8) 当該保険薬局の開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものでないこと。

(9) 当該保険薬局は、地方厚生(支)局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した薬剤情報提供文書を交付すること。

(10) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品安全、医療保険等に関する外部の学術研修(地域薬剤師会等が行うものを含む。)を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

(11) 薬局内にコンピューターを設置し、医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。

(12) 次に掲げる情報(当該保険薬局において処方された医薬品に係るものに限る。)を随時提供できる体制にあること。

ア 一般名

イ 剤形

ウ 規格

エ 内服薬にあつては製剤の特徴(普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等)

オ 医薬品緊急安全性情報

カ 医薬品・医療機器等安全性情報

キ 医薬品・医療機器等の回収情報

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

(13)「薬局の求められる機能とあるべき姿」の公表について(平成26年1月21日薬食総発0121第1号)の別添に掲げる機能について整備するよう努めること。特に次に掲げる機能について可能な限り整備するよう努めること。

ア 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有すること。

イ 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。

ウ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談についても応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組みを行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。

2 基準調剤加算2の施設基準

(1) 保険調剤に係る医薬品として1000品目以上の医薬品を備蓄していること。

(2) 当該保険薬局のみで24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局により24時間調剤及び在宅業務が速やかに実施できる体制を整備していることをいうものである。

(3) 当該保険薬局は、原則として初回の処方せん受付時に(記載事項に変更があった場合はその都度)、当該担当者及び当該担当者 と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書(これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。)により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者 と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。また、自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

(4) 処方せんの受付回数が1月に600回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下であること。

(5) 上記(4)に該当するか否かの取扱いについては、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における処方せんの受付回数が1月に4,000回を超えるか否かの取扱い及び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70%を超えるか否かの取扱いに準じて行う。

(6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。

また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

留意事項(通知)

新規記載分(青字)抜粋

- (7) 地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (8) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間の在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の実施回数(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定したもの並びに各算定要件を満たしているが、算定はしていない場合を含む。)が、合算して計10回以上であること。
- (9) 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円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。
- (10) 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連携していること。
- (11) 1の(6)から(13)までの基準を満たしていること。

3 届出に関する事項

- (1) 基準調剤加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式84の2を用いること。
- (2) 当該従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

後発医薬品調剤体制加算

現行の3段階の加算から2段階の加算で評価し、調剤に偏りがある場合は除外する要件を設ける

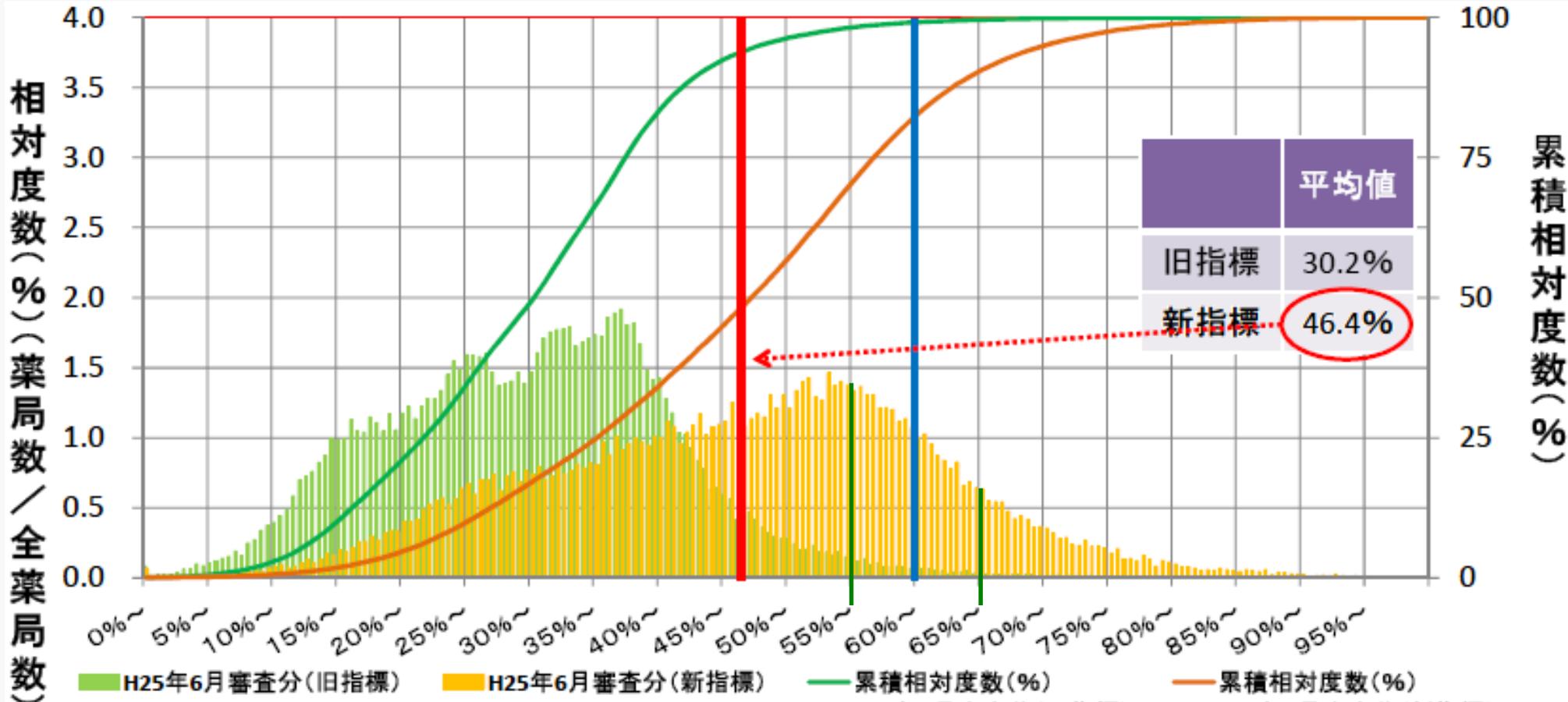
改定前	改定後
<p>【後発医薬品調剤体制加算】(処方せんの受付1回につき)</p> <p>1 後発医薬品調剤体制加算1 5点 2 後発医薬品調剤体制加算2 15点 3 後発医薬品調剤体制加算3 19点</p> <p>[施設基準] 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数(薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量をいう。)のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。</p> <p>後発医薬品調剤体制加算1 22%以上 後発医薬品調剤体制加算2 30%以上 後発医薬品調剤体制加算3 35%以上</p> <p><u>(新規)</u></p>	<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>1 後発医薬品調剤体制加算1 18点(改) 2 後発医薬品調剤体制加算2 22点(改)</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>[施設基準] ① 当該保険薬局において調剤した<u>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(薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量をいう。)</u>のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、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 55%以上 後発医薬品調剤体制加算2 65%以上</p> <p><u>(削除)</u> ② 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数に占める<u>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</u>であること。</p>

新指標の数量シェア＝
後発医薬品 / (後発医薬品のある先発医薬品 + 後発医薬品)
(準先発品は分母に入らない)

漢方、生薬、経腸栄養剤等を除外

一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨を規定する。

新旧指標による後発医薬品の使用状況割合（数量ベース）



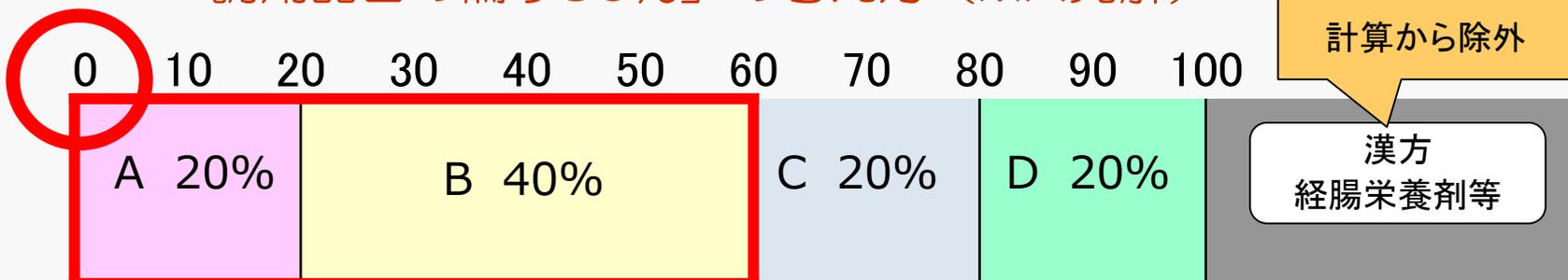
■ H25年6月審査分(旧指標)
 ■ H25年6月審査分(新指標)
 — 累積相対度数(%) (旧指標)
 — 累積相対度数(%) (新指標)

- 注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成25年6月審査分を集計対象としたものである。
- 注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
- 注3) 新指標は、[後発医薬品の数量] / ([後発医薬品のある先発医薬品の数量] + [後発医薬品の数量]) で算出している。
- 注4) 旧指標の算出にあたり、「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除外している。

出典：最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

図解資料

後発医薬品調剤体制加算の
「調剤品目の偏り50%」の考え方 (MPI見解)



計算から除外

一般的な
保険薬局

調剤品目の偏り率 $\Rightarrow A+B/A+B+C+D=(20+40)/20+40+20+20=60\%$
 後発品シェア $\Rightarrow 40/(20+40) = 66.6\%$

調剤品目に
偏りのある
調剤薬局



調剤品目の偏り率 $\Rightarrow A+B/A+B+C+D=(20+25)/(20+25+30+25)=45\%$
 後発品シェア $\Rightarrow 25/(20+25) = 55\%$

対処方法



準先発品を後発品
に切り替えることで
対象品目の割合を
増やす

調剤品目の偏り率 $\Rightarrow A+B/A+B+C+D=(20+30)/(20+30+25+25)=50\%$
 後発品シェア $\Rightarrow 30/(20+30) = 60\%$

- A 先発品(後発品有)
- B 後発品
- C 局方品 準先発品等
- D 先発品(後発品無)

第90 後発医薬品調剤体制加算

1 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準

(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55%以上であること。

なお、平成26年1月から同年3月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について「平成26年3月5日保医発0305第13号」において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算すること。

(2) 当該保険薬局において調剤した薬剤(3に掲げる医薬品を除く。)の規格単位数量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量の割合が50%以上であること。

(3) 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示するとともに、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の内側の見えやすい場所に掲示していること。

2 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準

(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について、当該薬剤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65%以上であること。

なお、平成26年1月から同年3月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について「平成26年3月5日保医発0305第13号」において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算すること。

(2) 1の(2)から(3)までの基準を満たすこと。

3 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

(1) 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン配合経腸用液(経過措置品目)、ラコール配合経腸用液(経過措置品目)、ツインラインNF配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用液

(2) 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

(3) 生薬(薬効分類番号510)

(4) 漢方製剤(薬効分類番号520)

(5) その他の生薬および漢方処方に基づく医薬品(薬効分類番号590)

4 届出に関する事項

22後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式85を用いること。

数量ベース、薬価規格単位とは

診療報酬など様々な制度の中でジェネリックの数量割合が取り上げられている

厚生労働省

後発医薬品のさらなる使用促進のための
ロードマップ

DPC/PDPS

後発医薬品指数

調剤報酬

後発医薬品調剤体制加算

新指標の数量シェア =

数量シェアは**薬価規格単位**で算出

後発医薬品

後発医薬品のある先発医薬品 + 後発医薬品

規格単位 (例)

製品名	規格単位	数量単位
フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」	60mg1錠	1錠 = 1単位
モサプリドクエン酸塩散1%「日医工」	1%1g	1g = 1単位
フルチカゾン点鼻液25 μ g 小児用「日医工」56噴霧用	2.04mg 4 mL1瓶	1瓶 = 1単位
ラタプロスト点眼液0.005%「日医工」	0.005%1mL	1mL = 1単位
エダラボン点滴静注液バッグ30mg「日医工」	30mg100mL1キット	1キット = 1単位
テイコプラニン点滴静注用400mg「日医工」	400mg1瓶	1瓶 = 1単位

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 （平成26年2月3日現在）

2014年3月31日まで

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/03/tp120305-01.html>

例

薬価基準収載 医薬品コード	成分名	品名	各先発医薬品の 後発医薬品の有 無に関する情報
3399008F1025	硫酸クロピドグレル	プラビックス錠 25mg	1
3399001F1015	チクロピジン塩酸塩	チクロピジン塩酸塩 100mg 錠	3
3399001F1384	チクロピジン塩酸塩	パナルジン錠 100mg	2
2139005F1052	フロセミド	ラシックス錠 20mg	
2139005F1060	フロセミド	フロセミド錠 20mg 「NP」	3
2251001F2050	テオフィリン	テオロング錠 100mg	★

- 1 : 後発医薬品がない先発医薬品（後発医薬品の上市前の先発医薬品等）
 2 : 後発医薬品がある先発医薬品（先発医薬品と後発医薬品で剤形や規格が同一でない場合等を含む）
 3 : 後発医薬品（先発医薬品と同額又は薬価が高いものについては「★」印を付しています。）

$$\text{後発医薬品の数量シェア（置換え率）} = \frac{\text{〔3で分類される品目の数量〕}}{\text{〔2で分類される品目の数量〕} + \text{〔3で分類される品目の数量〕}}$$

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 （平成26年4月1日適用）

2014年4月1日以降

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2014/03/tp0305-01.html>

例

薬価基準収載 医薬品コード	成分名	品名	各先発医薬品の 後発医薬品の有 無に関する情報
3399008F1025	硫酸クロピドグレル	プラビックス錠 2.5 mg	1
3399001F1015	チクロピジン塩酸塩	チクロピジン塩酸塩 100 mg 錠	3
3399001F1384	チクロピジン塩酸塩	パナルジン錠 100 mg	2
2139005F1052	フロセミド	ラシックス錠 20 mg	
2139005F1060	フロセミド	フロセミド錠 20 mg 「NP」	3
2251001F2050	テオフィリン	テオロング錠 100 mg	★
2251001F1046	テオフィリン	テオドール錠 50 mg	☆

- 1 : 後発医薬品がない先発医薬品（後発医薬品の上市前の先発医薬品等）
 2 : 後発医薬品がある先発医薬品
 （先発医薬品と後発医薬品で剤形や規格が同一でない場合等を含む。後発医薬品と同額又は薬価が低いものについては、「☆」印を付しています。）
 3 : 後発医薬品（先発医薬品と同額又は薬価が高いものについては、「★」印を付しています。）

〔3で分類される品目の数量（★を除く）〕

後発医薬品の数量シェア（置換え率） = $\frac{\text{〔3で分類される品目の数量（★を除く）〕}}{\text{〔2で分類される品目の数量（☆を除く）〕} + \text{〔3で分類される品目の数量（★を除く）〕}}$

計算方法（例）

$$\text{新指標の数量シェア} = \frac{3 \text{（後発医薬品）}}{2 \text{（後発医薬品のある先発医薬品）} + 3 \text{（後発医薬品）}}$$

数量シェアは**薬価規格単位**で算出

	各先発医薬品の後 発医薬品の有無に 関する情報	規格単位	数量	単位
ラシックス錠 20mg		20mg1錠	250錠	250
ヘパリン類似物質軟膏0.3%標準品		0.3%1g	25g×4本	100
フェルムカプセル 100mg	1	100mg1錠	200錠	200
ユニコン錠 200	2	200mg1錠	350錠	350
セロクラール錠 20mg	2	20mg1錠	100錠	100
ピタバスタチンカルシウム錠 2mg「日医工」	3	2mg1錠	300錠	300
バラシクロビル錠 500mg「日医工」	3	500mg1錠	150錠	150

$$\text{数量シェア} = \frac{(300 + 150)}{(350 + 100) + (300 + 150)} = \frac{450}{900} = \mathbf{50\%}$$

切り替え例

	各先発医薬品の後 発医薬品の有無に 関する情報	規格単位	切り替え例①		切り替え例②	
			数量	単位	数量	単位
ラシックス錠 20mg		20mg1錠	250錠	250	250錠	250
ヘパリン類似物質軟膏 0.3%標準品		0.3%1g	25g×4本	100	GEに変更	
ビーソフテン油性クリーム 0.3%	3	0.3%1g			25g×4本	100
フェルムカプセル 100mg	1	100mg1錠	200錠	200	200錠	200
ユニコン錠 200	2	200mg1錠	350錠	350	350錠	350
セロクラール錠 20mg	2	20mg1錠	GEに変更		100錠	100
イフェンプロジル酒石酸塩錠 20mg「日医工」	3	20mg1錠	100錠	100		
ピタバスタチンカルシウム錠 2mg「日医工」	3	2mg1錠	300錠	300	300錠	300
バラシクロビル錠 500mg「日医工」	3	500mg1錠	150錠	150	150錠	150

切り替え前

$$\text{数量シェア} = \frac{(300 + 150)}{(350 + 100) + (300 + 150)} = \frac{450}{900} = \mathbf{50\%}$$

切り替え例①
(後発品がある先発品を
GEに変更した場合)

$$\text{数量シェア} = \frac{(100 + 300 + 150)}{(350) + (100 + 300 + 150)} = \frac{550}{900} = \mathbf{61\%}$$

切り替え例②
(準先発品をGEに変更
した場合)

$$\text{数量シェア} = \frac{(100 + 300 + 150)}{(350 + 100) + (100 + 300 + 150)} = \frac{550}{1000} = \mathbf{55\%}$$

調剤料（無菌製剤処理加算）

無菌調剤室を有しない保険薬局で調剤に従事する薬剤師が、他の無菌調剤室を有する保険薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を行なっても無菌製剤処理加算を算定可能とする
また無菌製剤処理加算の評価対象を医療用麻薬についても拡大し、乳幼児に対して無菌製剤処理する場合の評価を新設

改定前	改定後
<p>【無菌製剤処理加算】 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、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤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40点又は50点を加算する。</p> <p>消費税分含む (一般+10点、乳幼児+20点)</p> <p>[調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準]</p> <p>① 薬局であること。 ② 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。</p> <p>共同利用のこと</p> <p>③ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p>	<p>【無菌製剤処理加算】 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、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>65点、75点又は65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>130点、140点又は130点</u>）を加算する。</p> <p>[調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準]</p> <p>① 薬局であること。 ② 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。<u>ただし、薬事法施行規則（昭和36年2月1日厚生省令第1号）第15条の9第1項のただし書の場合は、この限りでない。</u> ③ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p>

施設基準通知
新規記載分(緑字)抜粋

第91 保険薬局の無菌製剤処理加算

1 保険薬局の無菌製剤処理加算に関する施設基準

- (1) 2名以上の保険薬剤師(常勤の保険薬剤師は1名以上)がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。ただし、薬事法施行規則(昭和36年2月1日厚生省令第1号)第15条の9第1項のただし書の規定に基づき無菌調剤室(薬局に設置された高度な無菌製剤処理製剤処理を行うことができる作業室をいう。以下同じ。)を共同利用する場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

- (1) 保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式86を用いること。
- (2) 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図(クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。)を添付すること。

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

別添3「調剤報酬点数表に関する事項」

注射薬の無菌製剤処理

エ 無菌製剤処理加算は、~~2以上の中心静脈栄養法用輸液若しくは2以上の抗悪性腫瘍剤を同一日の使用のために製剤した場合又は中心静脈栄養法用輸液及び抗悪性腫瘍剤を合わせて1つの注射剤として製剤した場合においても、1日につき1回に限り、それぞれ40点若しくは50点又は50点を算定するものとする。~~同一日の使用のために製剤した場合又は組み合わせて1つの注射剤として製剤した場合においても、1日につき1回に限り、主たるものの所定点数のみ算定するものとする。

図解資料

無菌製剤処理加算

無菌製剤処理加算	要件	現行	改定案
6歳以上	中心静脈栄養法輸液	40点	65点(消費税分含む)
	抗悪性腫瘍剤	50点	75点(消費税分含む)
	麻薬	—	65点(消費税分含む)
6歳未満の乳幼児	中心静脈栄養法輸液	—	130点(消費税分含む)
	抗悪性腫瘍剤	—	140点(消費税分含む)
	麻薬	—	130点(消費税分含む)

調合に手間
がかかる



うちの薬局には無菌調剤室がないので、貸してください。

共同利用

無菌製剤処理加算の算定可



無菌調剤室

(薬局における調剤)

第十五条の九 薬局開設者は、その薬局で調剤に従事する薬剤師でない者に販売又は授与の目的で調剤させてはならない。ただし、高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室（以下「無菌調剤室」という。）を有する薬局の薬局開設者が、無菌調剤室を有しない薬局の薬局開設者から依頼を受けて、当該無菌調剤室を有しない薬局で調剤に従事する薬剤師に、当該無菌調剤室を利用した無菌製剤処理を行わせるときは、この限りでない。

薬剤服用歴管理指導料

お薬手帳を必ずしも必要としない患者(シール交付を含む)に対する特例を新設

改定前	改定後
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 41点 【算定要件】 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ～ロ 略 ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。 ニ～ホ 略</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (処方せんの受付1回につき) 41点 【算定要件】 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。<u>ただし、次に掲げるハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。</u></p> <p>イ～ロ 略 ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。 ニ～ホ 略</p>

FAX処方箋による薬剤の取り揃えは「準備であって調剤ではない。調剤は処方箋を受け付けてから始まる」(日本薬剤師会 三浦副会長)

服薬状況等の確認のタイミングの明確化

薬剤服用歴管理指導料について、服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前の処方せん受付時とするよう見直す。

別添3「調剤報酬点数表に関する事項」

区分10 薬剤服用歴管理指導料

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

(3) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。

- ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録
- イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録
- ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
- エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録
- オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点
- カ 服薬状況
- キ 残薬の状況の確認
- ク 患者の服薬中の体調の変化
- ケ 併用薬等(一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。)の情報
- コ 合併症を含む既往歴に関する情報
- サ 他科受診の有無
- シ 副作用が疑われる症状の有無
- ス 飲食物(現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。)の摂取状況等
- セ 後発医薬品の使用に関する患者の意向
- ソ 手帳による情報提供の状況
- タ 服薬指導の要点
- チ 指導した保険薬剤師の氏名

『一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。』
「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について(保医発0326第3号 平成26年3月26日)

(4) (3)のエからセまでの事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に、患者等に確認するよう努めること。

(15) ~~手帳を所有しているが処方せんの受付時に持参しなかった患者については、所有している手帳に貼付できるよう、必要な情報が記載された簡潔な文書(シール等)を交付することで差し支えない。なお、シール等を交付した患者が次回手帳を持参した場合には、当該シール等が貼付されていることを確認する。所有している手帳を持参しなかった患者に対して必要な情報が記載された簡潔な文書(シール等)を交付した場合は、薬剤服用歴管理指導料の「注1」ただし書にかかる所定の点数を算定する。~~

(18) 一般名処方が行われた医薬品について、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をした場合であって、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載する。

図解資料

薬剤服用歴管理指導料

名称	要件	点数
薬剤服用歴管理指導料 処方せん受付1回につき	イ～ホ 全ての指導等を行った時	41点
	ハを除いた、イ～ホの全ての指導を行った時	34点

八) 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を**手帳に記載**すること。

シール交付は34点を算定する

① 服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前にすること



「お薬ちゃんと飲めていますか？」
「以前調剤した薬剤で飲み残しているものはありますか？」
「この処方せん、価格の低いジェネリックを選択できますよ」

②

「今回調剤したお薬について手帳に記載しておきますね」



在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

1. 在宅薬剤管理指導業務の推進

(1) 基準調剤加算

相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導

質の高い在宅医療を提供していく観点から、同一建物において同一日に複数の患者に対して在宅薬剤管理指導業務を行った場合等について、在宅患者訪問薬剤管理指導の評価の適正化を行う。

2. 在宅医療における無菌製剤処理の推進

無菌製剤処理加算

無菌調剤室を共同利用する場合に無菌製剤処理加算を算定可能とするとともに、当該加算の評価対象に麻薬を追加し、また、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

保険医療機関及び保険医療養担当規則における明確化

在宅医療における医療機関と保険薬局との連携の強化のために、保険医療機関において、在宅薬剤管理指導業務を行い夜間・休日等の時間外に対応できる保険薬局のリストを患者に渡して説明すること等については、保険医療機関及び保険医療養担当規則における特定の保険薬局への誘導の禁止に反しないことを明らかにする。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げ

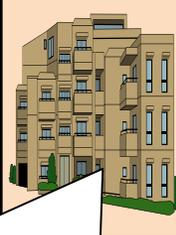
改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者(以下「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回(がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点(改)</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者(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薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者(以下「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回(がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)及び1と2を合わせて保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。</p>

「1人薬局では1日に5人は難しい。2人薬剤師であれば1日に10人程度は行けるかもしれない。1日に何十人という施設を担当している薬局の見直し」
(日本薬剤師会 三浦副会長)

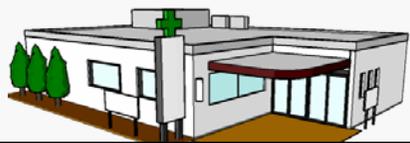
医療保険に回数制限を設定(質の担保?)
介護保険は制限なし(今後の改定で··?)

図解資料

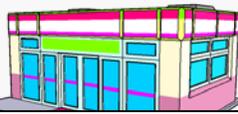
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

在宅患者訪問薬剤管理指導料					
		現行		改定案	
同一建物居住者 以外の場合	調剤薬局	500点	4回/月 がん患者8回/月	650点	4回/月 がん患者 8回/月
	診療所・病院	550点	2回/月		
同一建物居住者の 場合	調剤薬局	350点	4回/月 がん患者8回/月	300点	
	診療所・病院	385点	2回/月		

- ・効率が良い
- ・患者を紹介されてマージンを支払っている施設がある



病院・診療所所属の薬剤師



調剤薬局所属の薬剤師

算定回数の制限

介護保険と合算しない

薬剤師1人につき

5回/日



同じ内容でありながら、所属している施設によって点数に差が生じている

第92 在宅患者調剤加算

1 在宅患者調剤加算に関する施設基準

- (1) 地方厚生(支)局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。
- (2) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数が、合算して計10回以上であること。
- (3) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導(以下「在宅業務」という。)に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、サポート薬局の薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものであること。
- (4) 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (5) 当該保険薬局において、在宅業務従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する学術研修(地域薬剤師会等が行うものを含む。)を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。
- (7) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

2 届出に関する事項

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87を用いること。

在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について

1. 在宅医療における注射薬や特定保険医療材料の供給を推進する観点から、医療機関の指示に基づき薬局が、必要な注射薬や特定保険医療材料を患者宅等に提供することを推進する。

(1) 在宅医療において電解質製剤及び注射用抗菌薬が使用されている実態を踏まえ、これらを保険医療機関の医師が処方できる注射薬として、対象を拡大する。併せて、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬に追加する。

(2) 保険薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められていることから、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる特定保険医療材料に病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料を追加する。

当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする

2. 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

在宅療養に必要な衛生材料について、訪問看護ステーションが訪問看護計画書・訪問看護報告書に、必要量および使用実績を記載し、主治医に報告することとする。また、主治医が「衛生材料を供給できる体制を有している」旨を届出しており、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている薬局に対し必要な衛生材料の種類とその量について指示した場合に、患者宅等に提供される仕組みを整備する。なお、これまで通り医療機関から患者に対して衛生材料を提供することも可能である。

留意事項(通知)
新規記載分(青字)抜粋

別添3「調剤報酬点数表に関する事項」

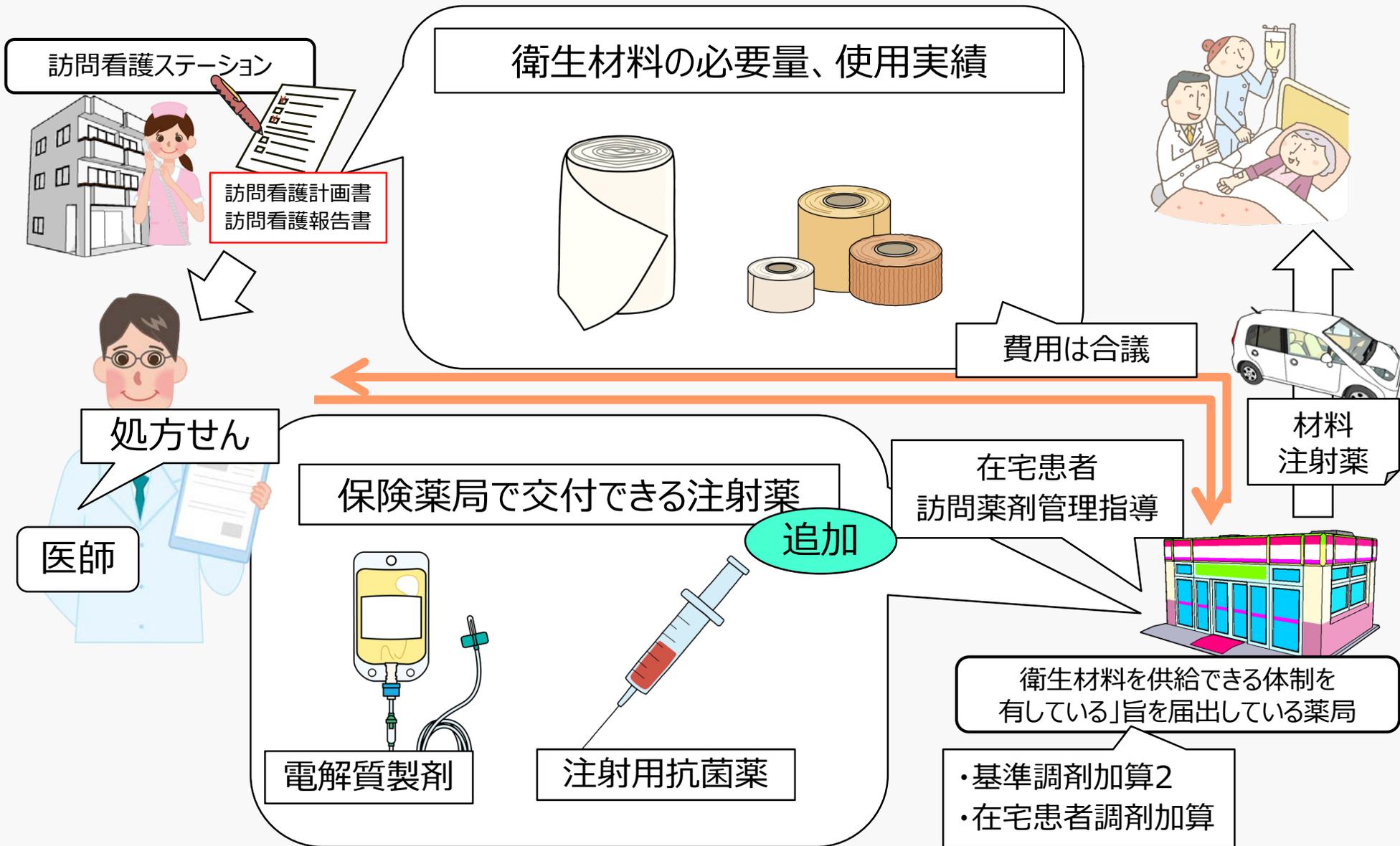
注射薬

エ イの「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬(高カロリー輸液を除く。)をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤(電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。)、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

オ イの「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

図解資料

在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について



消費税率8%への引上げに伴う対応

改定前	改定後
<p>【調剤基本料】(処方せんの受付1回につき) 調剤基本料 40点 調剤基本料(特例) 24点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>【一包化加算】(1調剤につき) 56日分以下の場合(7日分につき) 30点</p> <p>57日分以上の場合 270点</p> <p>【無菌製剤処理加算】(1日につき) 中心静脈栄養法用輸液 40点</p> <p>抗悪性腫瘍剤 50点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【調剤基本料】(処方せんの受付1回につき) 調剤基本料 41点(改) (うち、消費税対応分+1点) 調剤基本料(特例) 25点(改) (うち、消費税対応分+1点) 調剤基本料(妥結率が低い場合) 31点(新) (うち、消費税対応分+1点) 調剤基本料(特例・妥結率が低い場合) 19点(新) (うち、消費税対応分+1点)</p> <p>【一包化加算】(1調剤につき) 56日分以下の場合(7日分につき) 32点(改) (うち、消費税対応分+2点) 57日分以上の場合 290点(改) (うち、消費税対応分+20点)</p> <p>【無菌製剤処理加算】(1日につき) 中心静脈栄養法用輸液 65点(改) (うち、消費税対応分+10点) 抗悪性腫瘍剤 75点(改) (うち、消費税対応分+10点) 麻薬 65点(新) (うち、消費税対応分+10点)</p> <p>乳幼児の場合 中心静脈栄養法用輸液 130点(新) (うち、消費税対応分+20点) 抗悪性腫瘍剤 140点(新) (うち、消費税対応分+20点) 麻薬 130点(新) (うち、消費税対応分+20点)</p>

一包化加算と無菌製剤処理加算に消費税分を上乗せとなる

明細書様式の変更イメージ

「医療費の内容の分かる領収書及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」
 (保発0305第2号平成26年3月5日)

診療明細書(記載例)

入院		保険				
患者番号		氏名	〇〇 〇〇	様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科						
部	項目名	点数	回数			
医学管理	* 薬剤管理指導料(救命救急入院料等算定患者)	430	1			
注射	* 点滴注射	426	1			
	ニトロール注100mg 0.1%100mL 1瓶					
	生理食塩液500mL 1瓶					
	* 点滴注射料	95	1			
	* 無菌製剤処理料2	40	1			
処置	* 救命のための気管内挿管	500	1			

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

医科 参考	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院(許可病床が200床未満)	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料診療情報提供料(Ⅱ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		<p>出来高</p> <p>将来に向けた枠組みを提示？ (ハードル高く点数も微妙、算定医療機関は少ないか？)</p>
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする等	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携(通院医療機関や処方薬をすべて管理等) ・院外処方を行う場合(薬局に通院医療機関リストを渡し、お薬手帳で管理)等 ・7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙等		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす(略) 		
在宅医療の提供および24時間の対応 42	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること		
	<p>・下記のすべてを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 	<p>・下記のすべてを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 	<p>・下記のうちいずれか1つを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

医科
参考

地域包括診療料（院外処方条件）

- ウ) **病院**において、患者の同意が得られた場合は、下記のすべ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。
- 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。
 - 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。
- エ) **病院**において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
- 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
 - 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
- オ) **診療所**においては、当該患者について原則として院内処方を行うが、カ)の場合に限り院外処方は可能とする。
- カ) **診療所**において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
- 24時間対応をしている薬局と連携していること。
 - 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
 - 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
 - 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。

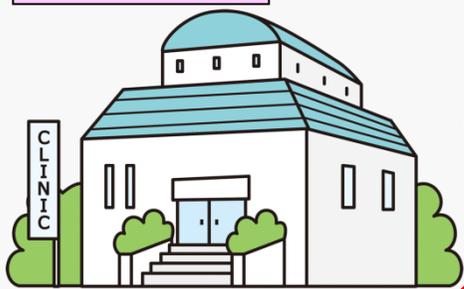
地域包括診療加算(診療所のみ)も同様

医科
参考

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

医療費適正化の観点から、治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

医科(歯科)の



処方料、調剤料、
薬剤料、処方せん料、
調剤技術基本料

医科と歯科が対象



たぶん、風邪でもないと思うけど、うがい薬出してくから、予防の為に使ってくださいね

歯周病予防など(歯科)



改定前

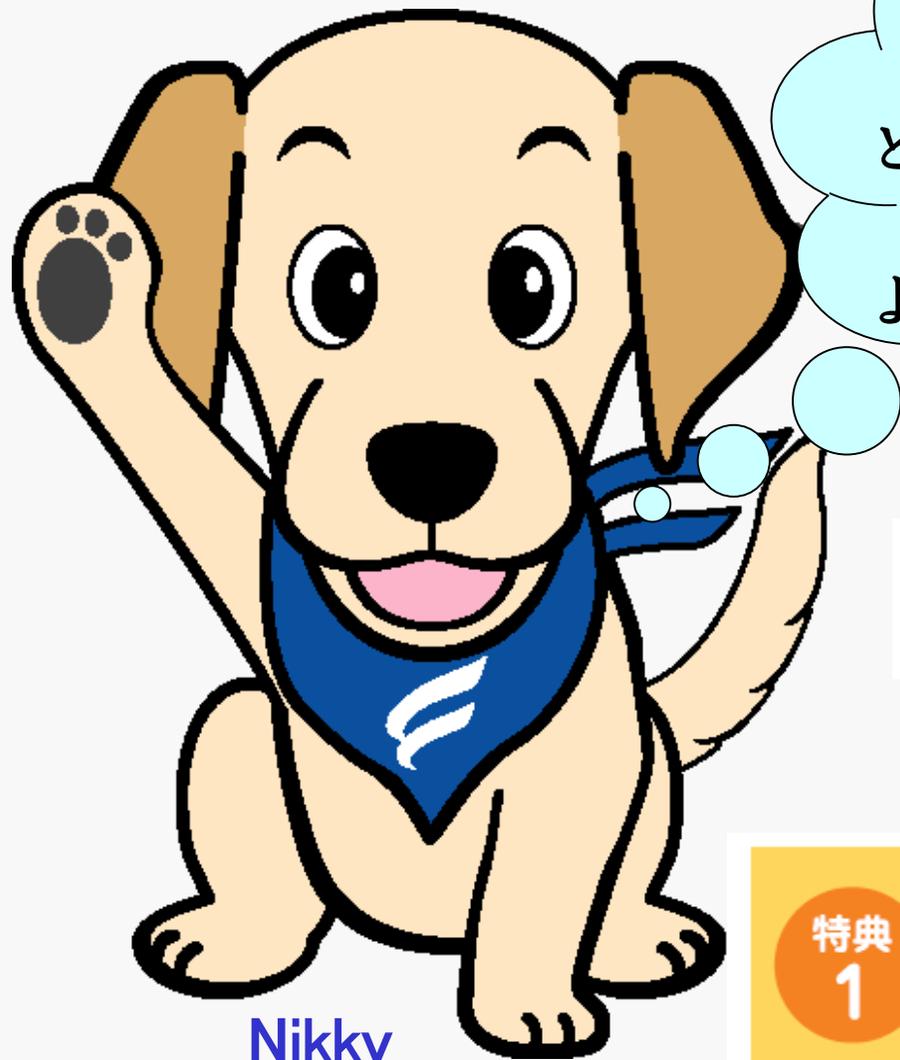
【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料】
(新規)

医科と歯科

改定後

【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料、調剤技術基本料】

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬(治療目的のものを除く。)のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。



Nikky

『制度だけを見ずに患者をみる』
(患者と地域の支持、スタッフの想い)

どうか今日のお話が、
皆様のお仕事のお役に立てます
ように！

医療従事者のための
ジェネリックと行政情報サイト
<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>



スタジー
Stu-GE

特典
1

メールマガジンの配信

Stu-GEの更新情報や講演会情報などをお知らせします。最新の情報をいち早くチェックしていただけます。

特典
2

会員専用サイトの閲覧

MPI資料の解説動画など、登録いただいた方専用のコンテンツをご覧いただけます。MPI作成資料などをより深く理解していただけます。