



診療報酬改定レポート

発行：MMPG (メディカル・マネジメント・プランニング・グループ) 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行：メディカル・マネジメント・プランニング・グループ (MMPG)
 発行者：(株)ユアーズブレイン 広島市中区国泰寺町1-3-29 デルタビル3階 TEL 082-243-7331

—速報【調剤】—

本日開催された中央社会保険医療協議会総会で、10時11分頃に、平成28年度診療報酬改定が中
 医協より厚生労働大臣に答申されました(本速報は10時11分頃の答申時点の資料に基づいていま
 す【文言は資料原文の通り】)。**【調剤】**における主だった改定項目は以下の通りです。

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

患者が選択したかかりつけ薬剤師が、患者に対して服薬指導等の業務を行った場合の評価を新設す
 る。

かかりつけ薬剤師指導料 70点(新)

[算定要件]

- (1) 患者の同意の上、かかりつけ薬剤師として服薬指導等の業務を実施した場合に算定する。
- (2) 患者の同意については、患者が選択した保険薬剤師をかかりつけ薬剤師とすることの同意を得ることとし、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、当該患者の薬剤服用歴にその旨を記載する。なお、患者の服用薬について、一元的・継続的な管理を推進する観点から患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師として算定できる。
- (3) 当該指導料は、患者の同意を得た後の次の来局時以降に算定可能とする。
- (4) 当該指導料を算定する保険薬剤師は、以下の要件を満たしている旨を地方厚生局長等に届け出ていること。
 - ① 薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週32時間以上勤務しているとともに、当該保険薬局に半年以上在籍していること。
 - ② 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
 - ③ 医療に係る地域活動の取組に参画していること。(地域の行政機関や関係団体等が主催する講演会、研修会等への参加、講演等の実績)
- (5) 他の保険薬局及び保険医療機関においても、患者が選択したかかりつけ薬剤師の情報を確認できるよう、手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称を記載すること。
- (6) 患者に対する服薬指導等の業務はかかりつけ薬剤師が行うことを原則とする。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が服薬指導等を行った場合は当該指導料を算定できない。
- (7) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の業務を行っていること。
 - ① 薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。
 - ② 患者が服用中の薬剤等について、患者を含めた関係者が一元的・継続的に確認できるよう、患者の意向を確認した上で手帳を用いて当該指導等の内容を記載すること。
 - ③ 患者が受診している全ての保険医療機関の情報を把握し、服用している処方薬をはじめ、要指導医薬品及び一般用医薬品(以下「要指導医薬品等」という。)並びに健康食品等について全て把握するとともに、その内容を薬剤服用歴に記載すること。また、当該患者に対して、保険医療機関を受診する場合や他の保険薬局で調剤を受ける場合には、かかりつけ薬剤師を有している旨を明示するよう説明すること。
 - ④ 患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。ただし、やむを得ない事由により、かかりつけ薬剤師が開局時間外の問い合わせに応じることができない場合には、あらかじめ患者に対して当該薬局の別の薬剤師が開局時間外の相談等に対応する必要があることを説明するとともに、当該薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、別の薬剤師が対応しても差し支えない。
 - ⑤ 患者が他の薬局で調剤を受けた場合は、その服用薬等の情報を入手し、薬剤服用歴の記録

<p>に記載すること。</p> <p>⑥ 調剤後も患者の服薬状況の把握、指導等を行い、その内容を薬剤を処方した保険医にその内容を情報提供し、必要に応じて処方提案すること。服薬状況の把握の方法は、患者の容態や希望に応じて、定期的に連絡できるようにすること（電話による連絡、患家への訪問、患者の来局時など）。また、服薬期間中に服用中の薬剤に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供し、患者への指導等の内容及び情報提供した内容については薬剤服用歴の記録に記載すること。</p> <p>⑦ 継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋（いわゆるブラウンバッグ）を必要に応じて配布し、その取組の意義等を説明すること。また、患者が薬剤等を持参した場合は服用薬の整理等の薬学的管理を行うこととするが、必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を行うこと。</p> <p>(8) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除く。）と同時に算定できないこと。</p>

かかりつけ薬剤師の業務について、出来高による1.（かかりつけ薬剤師指導料）の評価に加えて、包括的な評価も新設する。

<p>かかりつけ薬剤師包括管理料 270点(新)</p> <p>[包括範囲]</p> <p>下記以外は包括とする。</p> <p>(1) 時間外等加算、夜間・休日等加算</p> <p>(2) 在宅医療に係る点数</p> <p>(3) 薬剤料</p> <p>(4) 特定保険医療材料料</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 対象患者は地域包括診療料、地域包括診療加算等の算定対象患者とする。</p> <p>(2) 患者の服薬状況等については、薬学的知見に基づき随時把握して、保険医に対して、その都度情報提供するとともに、必要に応じて減薬等の処方提案を実施すること。 なお、情報提供の要否、方法、頻度等については、あらかじめ保険医と相談して合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等によることで差し支えないこと。</p> <p>(3) 「かかりつけ薬剤師指導料」の算定要件の(1)～(7)を満たしていること。</p> <p>(4) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料（臨時の投薬が行われた場合を除く。）と同時に算定できないこと。</p>
--

基準調剤加算を統合し、施設基準の要件を以下のとおりとする。
また、後発医薬品の調剤割合が低い保険薬局に対する評価の適正化の観点から、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%を超える場合であって、後発医薬品の調剤割合が30%未満の保険薬局については、基準調剤加算を算定できないこととする。

旧	新
<p>【基準調剤加算】</p> <p>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（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。なお、注1の口に該当する場合にあっては、注1に規定する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のみ加算できる。</p>	<p>【基準調剤加算】</p> <p>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に掲げる調剤基本料1を算定している保険薬局のみ加算できる。</p>

<p>イ 基準調剤加算 1 12 点 ロ 基準調剤加算 2 36 点</p>	<p>(削除) (削除)</p>
<p>[施設基準] 通則 イ～ロ 略 ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること。 (新設)</p>	<p>[施設基準] (削除) イ～ロ 略 ハ 一定時間以上開局していること。 ニ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</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 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 略 (新設)</p>	<p>ヘ 略 ト 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含んだ連携する近隣の保険薬局において、二十四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。</p>
<p>(新設)</p>	<p>チ 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。</p>
<p>(新設)</p>	<p>リ 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。</p>
<p>(新設)</p>	<p>ヌ 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>
<p>(新設)</p>	<p>ル 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の届出を行っていること。</p>
<p>(新設)</p>	<p>ヲ 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割を超える場合であっては、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(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3割以上であること。 (削除)</p>
<p>基準調剤加算 1 イ～ハ 略 基準調剤加算 2 イ～ヘ 略</p>	<p>(削除)</p>
<p>※ 「一定時間以上開局している」基準として、通知において、「平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること」を規定する。 ※ 「十分な医薬品を備蓄している」基準として、通知において、「1,200品目以上」を規定する。 ※ 「体制及び機能の整備」として、通知において、現行で例示や努力規定とされていた「医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)の登録」、「患者のプライバシーに配慮した構造」を要件とし、「管理薬剤師は5年以上の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週32時間以上勤務しているとともに、当該保険薬局に1年以上在籍していること」、「健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示」を新たに要件として義務付ける。</p>	

調剤報酬点数表の一覧等については、現在、薬局内の見やすい場所に掲示することとされているが、薬剤交付窓口等、指導等の際に患者にわかりやすい場所に掲示することを通知において規定する。

在宅薬剤管理指導業務の推進

在宅療養を行う患者への処方に対して、処方医に疑義照会することにより、重複投薬・相互作用の防止、残薬に伴う処方日数の調整、減薬などの薬物療法の適正化が実施された場合を評価するため、薬学管理料に在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を新設する。

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点(新)

[算定要件]

- (1) 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、介護予防居宅療養管理指導を行っている患者に対して算定できる。
- (2) 薬剤服用歴に基づき重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行い、処方内容が変更になった場合に処方せん受付1回につき算定する。
- (3) 処方内容が変更にならなかった場合には算定できない。
- (4) 薬剤服用歴管理指導料、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を算定している患者については算定しない。

在宅患者訪問薬剤管理指導料について、
 (1) 薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を1週間当たり40回に見直す。
 (2) 同一世帯に居住している複数の患者に対する在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合には、1人目の患者に対しては「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定できるようにする。

※ なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

特別養護老人ホームに入所している患者に対して、施設での適切な服薬管理等を支援するために、薬剤服用歴管理指導料に当該施設を訪問し、入所者に対して薬学的管理を行った場合の評価を新設する。

旧	新
<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 (新設)</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合(処方せんの受付1回につき) 38点(新)</p> <p>[算定要件] 保険薬剤師が老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬管理状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを実施した場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの(以下この表において「薬剤情報提供文書」という。)により患者又は現に薬剤管理している者(以下「患者等」という。)に提供し、薬剤の服</p>

	<p>用に関して基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</p> <p>ハ 手帳を用いる場合は、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。</p> <p>ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</p> <p>ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報(後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。)を患者に提供すること。</p> <p>ヘ 薬剤服用歴管理指導料に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
--	---

明細書無料発行の推進

公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正し、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。

ただし、自己負担がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、2年間(診療所については、当面の間)の猶予措置を設ける。

薬局における対人業務の評価の充実

薬剤服用歴管理指導料について、初回来局時の点数より、2回目以降の来局時の点数を低くする。ただし、手帳を持参していない患者又は調剤基本料の特例の対象となる保険薬局に処方せんを持参した患者については、来局回数にかかわらず、初回来局時の点数と同一の点数を算定することとする。

旧	新
<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</p> <p>[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。 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。</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則過去6月内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 38点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点</p> <p>[算定要件] 注 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せん受付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、区分番号00に掲げる調剤基本料1又は調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せんを持参した患者に対して、次に掲げる指導</p>

<p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの(以下この表において「薬剤情報提供文書」という。)により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 略</p> <p>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。</p> <p>ニ～ホ 略</p>	<p>等の全てを行った場合は、50点を算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの(以下この表において「薬剤情報提供文書」という。)により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 略</p> <p>ハ 手帳を用いる場合は、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。</p> <p>ニ～ホ 略</p>
<p>※ イの薬剤情報提供文書については、処方内容が前回と同様の場合等においては必ずしも毎回患者に交付する必要性はないことを通知において明確にする。</p> <p>※ ハの手帳については、必要性を確認した上で、手帳を提供しなかった場合又は複数の手帳を1冊にまとめなかった場合には、その理由を薬剤服用歴に記載することを通知において明確にする。</p>	

<p>電子版お薬手帳について</p> <p>電子版の手帳（電子版お薬手帳）についても、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体の手帳と同様の取扱いとするが、電子版の手帳については、以下の要件を満たすこと。</p> <p>(1) 電子版の手帳は、提供した保険薬局以外の保険薬局や保険医療機関及び患者等が容易に手帳の内容を閲覧し、手帳へ記入し、その内容を紙媒体へ出力（以下、「閲覧等」という。）できること。</p> <p>(2) 電子版の手帳は、医療従事者が患者の保有する機器（スマートフォン等）を直接受け取ることなく手帳情報の閲覧等ができる仕組みを有していること。</p> <p>なお、当該仕組みを利用できない保険医療機関等においては、診察等の場合に、患者の保有するスマートフォン等の機器により手帳の内容を閲覧することも想定されるため、電子版の手帳を提供する保険薬局は、保有する手帳の内容が記録された機器を直接当該医師等に見せることが必要な場合があることについて患者に対して事前に説明し、同意を得ておくこと。</p> <p>(3) 複数の運営事業者等が提供している電子版の手帳を一元的に情報閲覧等ができること。</p> <p>(4) 算定する施設は、セキュリティに関して、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発1127第4号）の「第三 運営事業者等が留意すべき事項」の「6 個人情報保護」に掲げる事項等、各種関係法令等を遵守すること。</p> <p>(5) 過去の服薬情報などを適切に把握するため、電子版の手帳は、少なくとも過去1年分の服薬情報等を一元的に閲覧できること。</p> <p>(6) 電子版の手帳を利用している患者が、運営事業者が別の電子版の手帳を利用することを希望した場合に、データ移行が円滑にできるよう、電子版の手帳には関連情報の出力機能等を有していること。</p> <p>※ 患者が用いる手帳の媒体（紙媒体又は電子媒体）は患者が選択するものであり、手帳の提供にあたっては、患者に対して個人情報の取扱等の必要事項を説明した上で患者の意向を踏まえて媒体を判断することを通知において明確にする。</p> <p>※ 紙媒体の手帳を利用している患者に対して、患者の希望により電子版の手帳を提供することになった場合は、電子版の手帳にこれまでの紙媒体の情報を入力するなど、紙媒体と電子媒体の情報が一元的に管理されるよう取り組むことを通知において明確にする。</p>	
---	--

<p>重複投薬・相互作用防止加算について、薬剤服用歴に基づき過去の副作用歴やアレルギー歴を有することから処方医に対して疑義照会を実施して処方変更となった場合等についても当該加算を算定可能とする。</p>	
旧	新

<p>【重複投薬・相互作用防止加算】</p> <p>薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。</p> <p>イ 処方に変更が行われた場合 20点 ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点</p>	<p>【重複投薬・相互作用等防止加算】</p> <p>薬剤服用歴に基づき、<u>重複投薬、相互作用の防止等</u>の目的で、処方せんを交付した保険医に対して<u>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。</u></p> <p>(削除)</p>
<p>※ 現在は算定できない同一保険医療機関の同一診療科からの処方せんによる場合も算定できる旨通知において明確にする。</p>	

調剤後における継続的な薬学的管理を推進するため、以下のような見直しを行う。
 継続的な服薬管理の評価として、外来服薬支援料については、患者が保険薬局に服用薬等を持参し、保険薬剤師が服薬管理等を行った場合の取組も算定可能とする。また、患者の来局時のほか、保険薬剤師が患家を訪問して服用薬の整理等を行った場合でも算定可能とする。

旧	新
<p>【外来服薬支援料】 185点 注1 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。</p>	<p>【外来服薬支援料】 185点 注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に<u>月1回に限り算定する。</u> 注2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、<u>所定点数を算定できる。</u></p>
<p>※ 注2の業務は、当該保険薬局で調剤された薬剤以外の薬剤や、服用中の要指導医薬品等なども含め服薬管理を行うものであり、あらかじめ保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋（いわゆるブラウンバッグ）を配布し、その取組を患者等に対して周知しておくことも通知上明確にする。</p>	

医師の指示に伴う分割調剤の実施
 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。また、分割調剤を行った薬局は、2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

旧	新
<p>【調剤基本料】 注1～3 (略) 注4～5 (長期保存が困難、後発医薬品を初めて使用する等の理由により分割調剤を行う場合)</p> <p>(新設)</p>	<p>【調剤基本料】 注1～3 (略) 注4～5 (長期保存が困難、後発医薬品を初めて使用する等の理由により分割調剤を行う場合)</p> <p>注6 医師の分割指示に係る処方せんを受け付けた場合(注4及び注5に該当する場合を除く。)において、<u>1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目</u></p>

	<p>以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方せんを交付した保険医（以下、「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、分割回数が2回の場合は、それぞれの所定点数の2分の1に相当する点数を、分割回数が3回以上の場合は、それぞれの所定点数の3分の1に相当する点数を1分割調剤につき算定する。この場合において、注4及び注5に規定する点数は算定しない。</p>
--	--

服薬情報等提供料及び長期投薬情報提供料については、調剤後の薬学的管理として統合した点数とする。また、かかりつけ薬剤師の業務としては、これらの点数に係る業務を行うことが前提となっていることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定要件に当該業務の実施を規定し、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は算定できないこととする。

旧	新
<p>【長期投薬情報提供料】</p> <p>1 長期投薬情報提供料1（情報提供1回につき） 18点</p> <p>2 長期投薬情報提供料2（服薬指導1回につき） 28点</p> <p>注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次回の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>2 長期投薬情報提供料2は、患者又はその家族等の求めに応じ、注1に規定する服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であって、当該患者の次回の処方せん（当初に受け付けた処方せんとは同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>【服薬情報等提供料】 15点</p> <p>注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている</p>	<p style="text-align: center;">(削除)</p> <p>【服薬情報等提供料】 20点</p> <p>注1 患者若しくはその家族等、若しくは保険医療機関の求めに応じ、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、患者若しくはその家族等、又は保険医療機関へ必要</p>

<p>保険医療機関に対して、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。</p> <p>2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p>	<p>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の記録に記載すること。</p> <p>2 区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p>
--	--

<p>対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、以下の対応を行う。 調剤料の適正化のため、内服薬の調剤料及び一包化加算について以下のとおり見直す。</p>	
旧	新
<p>調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。） （1剤につき）】</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>（1）7日目以下の部分（1日分につき） 5点</p> <p>（2）8日目以上の部分（1日分につき） 4点</p> <p>ロ 15日分以上 21日分以下の場合 71点</p> <p>ハ 22日分以上 30日分以下の場合 81点</p> <p>ニ 31日分以上の場合 89点</p> <p>注1～2（略）</p> <p>3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 56日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数</p> <p>ロ 57日分以上の場合 290点</p>	<p>調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。） （1剤につき）】</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>（1）7日目以下の部分（1日分につき） 5点</p> <p>（2）8日目以上の部分（1日分につき） 4点</p> <p>ロ 15日分以上 21日分以下の場合 <u>70点</u></p> <p>ハ 22日分以上 30日分以下の場合 <u>80点</u></p> <p>ニ 31日分以上の場合 <u>87点</u></p> <p>注1～2（略）</p> <p>3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ <u>42日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数</u></p> <p>ロ 43日分以上の場合 220点</p>

<p>対人業務に関する業務の評価を充実するため、特定薬剤管理指導加算及び乳幼児指導管理加算の評価を見直す。</p>	
旧	新
<p>【特定薬剤管理指導加算】</p> <p>特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、<u>4点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>【乳幼児服薬指導加算】</p> <p>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</p>	<p>【特定薬剤管理指導加算】</p> <p>特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、<u>10点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>【乳幼児服薬指導加算】</p> <p>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</p>

等を手帳に記載した場合には、 <u>5点</u> を所定点数に加算する。	等を手帳に記載した場合には、 <u>10点</u> を所定点数に加算する。
--------------------------------------	---------------------------------------

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の調剤割合が65%以上及び75%以上の2段階の評価に改めることとする。
 また、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%を超える場合であって、後発医薬品の調剤割合が30%未満の保険薬局については、基準調剤加算を算定できないこととする。

旧		新	
【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】 (処方せんの受付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	18点
ロ 後発医薬品調剤体制加算 2	22点	ロ 後発医薬品調剤体制加算 2	22点
[施設基準] 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それぞれ、以下のとおりであること。		[施設基準] 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 1	<u>65%以上</u>
後発医薬品調剤体制加算 2	65%以上	後発医薬品調剤体制加算 2	<u>75%以上</u>

医薬品の適正使用の推進

2. 残薬、重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など、薬物療法の安全性・有効性の向上や医療費適正化の観点から、医師と薬剤師が連携して、患者の処方薬剤を適正化する取組を評価する。
- (5) 保険医療機関と保険薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。
 - ① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に、調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。(別紙)。
 - ② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、当該記載欄に基づいて、
 - i) 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - ii) 保険医療機関へ情報提供
 のいずれかの対応を行う。
 - (6) 薬剤師による服薬管理を推進する観点から、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん									
〔この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。〕									
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・被扶養 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		性 別	年 月 日	電 話 番 号				
	区 分		被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名 ①				
交付年月日			平成 年 月 日		処方せんの 使用 期 間		平成 年 月 日		特記事項のある場合は 該当する欄に記述すること。
処 方	変更不可 <small>個々の処方箋について、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。</small>								
	備 考 <small>保険薬局が調剤時に医薬品を確保した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ発調照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</small>								
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 （保険薬局別表）			②		公費負担医療の 受給者番号				

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. この欄には、日本工業規格 A 列の番号を標準とすること。
 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新令（昭和59年厚生省令第49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「公費負担医療の提供医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の提供医師」と読み替わるものとする。

いわゆる門前薬局の評価の見直し

1. 現行の調剤基本料の特例について、以下の項目を追加する。
 - (1) 処方せんの受付回数が1月に2,000回を超える保険薬局のうち、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%を超える保険薬局。
 - (2) 特定の保険医療機関に係る処方せんの受付が1月に4,000回を超える保険薬局。
2. 同一法人グループ内の処方せん受付回数の合計が、1月に40,000回を超える法人グループに属する保険薬局のうち、以下の保険薬局については、調剤基本料を20点とする。
 - (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95%を超える保険薬局。
 - (2) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係のある保険薬局。
3. 特例の対象となった保険薬局であっても、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている場合には特例の対象から除外する。これに伴い、現在の特例対象を除外するための24時間開局の要件は廃止する。
4. 薬局における妥結状況の推移等を踏まえ、2.の法人グループに属する保険薬局以外の保険薬局については、妥結率の報告は、添付資料として契約書の写し等を提出することを不要とし、簡素化する。
5. 調剤基本料として算定する点数が随時把握できるように、算定する基本料の点数を施設基準の内容に含め、地方厚生（支）局へ届け出ることとする。

6. かかりつけ機能に係る業務として、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、重複投薬・相互作用防止等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を 1 年算定していない保険薬局は調剤基本料を 50/100 に減算する。ただし、処方せんの受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局を除く。

[経過措置]

平成 29 年 4 月 1 日から適用とする。

旧	新										
<p>【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき） 41 点</p> <p>注 1 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。ただし、口に該当する保険薬局であって、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ものにつ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、イに該当するものを除く。）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>注 6 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（当該保険薬局において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 495 号）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（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（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</p>	<p>【調剤基本料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>調剤基本料 1</td><td style="text-align: right;">41 点</td></tr> <tr><td>調剤基本料 2</td><td style="text-align: right;">25 点</td></tr> <tr><td>調剤基本料 3</td><td style="text-align: right;">20 点</td></tr> <tr><td>調剤基本料 4</td><td style="text-align: right;">31 点</td></tr> <tr><td>調剤基本料 5</td><td style="text-align: right;">19 点</td></tr> </table> <p>注 1 <u>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、処方せんの受付 1 回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、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ものについては調剤基本料 1 又は調剤基本料 4 により算定する。</u></p> <p>注 2 <u>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。</u></p> <p>注 3 <u>かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を 1 年実施していない保険薬局は所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局を除く。</u></p> <p>（削除）</p>	調剤基本料 1	41 点	調剤基本料 2	25 点	調剤基本料 3	20 点	調剤基本料 4	31 点	調剤基本料 5	19 点
調剤基本料 1	41 点										
調剤基本料 2	25 点										
調剤基本料 3	20 点										
調剤基本料 4	31 点										
調剤基本料 5	19 点										

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50%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に該当する場合には19点)により算定する。

[施設基準]
(新設)

調剤基本料注1のただし書きに定める施設基準二十四時間開局していること。
(新設)

[施設基準]

調剤基本料1

- ① 調剤基本料2の①又は調剤基本料3の①に該当しない保険薬局
- ② 妥結率が5割を超える保険薬局

調剤基本料2

- ① 次に掲げるいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料3の①に該当する保険薬局を除く。
 - 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7割を超えるものに限る。)
 - ロ 処方せんの受付回数が1月に2,000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9割を超えるものに限る。)
 - ハ 特定の保険医療機関に係る処方せんが月4,000回を超える保険薬局
- ② 妥結率が5割を超える保険薬局

調剤基本料3

- ① 同一法人グループ内の処方せん受付回数の合計が1月に40,000回を超える法人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
 - イ 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分を超える保険薬局
 - ロ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局
- ② 妥結率が5割を超える保険薬局

調剤基本料4

調剤基本料1の①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

調剤基本料5

調剤基本料2の①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

調剤基本料注1のただし書きに定める施設基準(削除)

- 1 次のすべてに該当する保険薬局であること。
 - (1) 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の施設基準の届出を行っていること。

	<p>(2) <u>区分番号13の2かかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3かかりつけ薬剤師包括管理料に係る業務について、相当の実績を有していること。</u></p> <p>2 <u>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。</u></p>
<p>※ 妥結率が低い保険薬局に対する特例の取扱いについては、当年4月から9月末日までの期間における妥結率の地方厚生(支)局への報告は従来どおり10月とするが、特例が適用されるのはこれまでの「11月1日」を「翌4月1日」からとする。なお、妥結率を報告していない薬局は、従来どおり妥結率が低い保険薬局とみなす。</p>	