

平成28年度調剤報酬改定及び 薬剤関連の診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、**かかりつけ薬剤師・薬局の評価**
- 情報通信技術 (ICT) を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進
- 明細書無料発行の推進

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- **かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化**
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

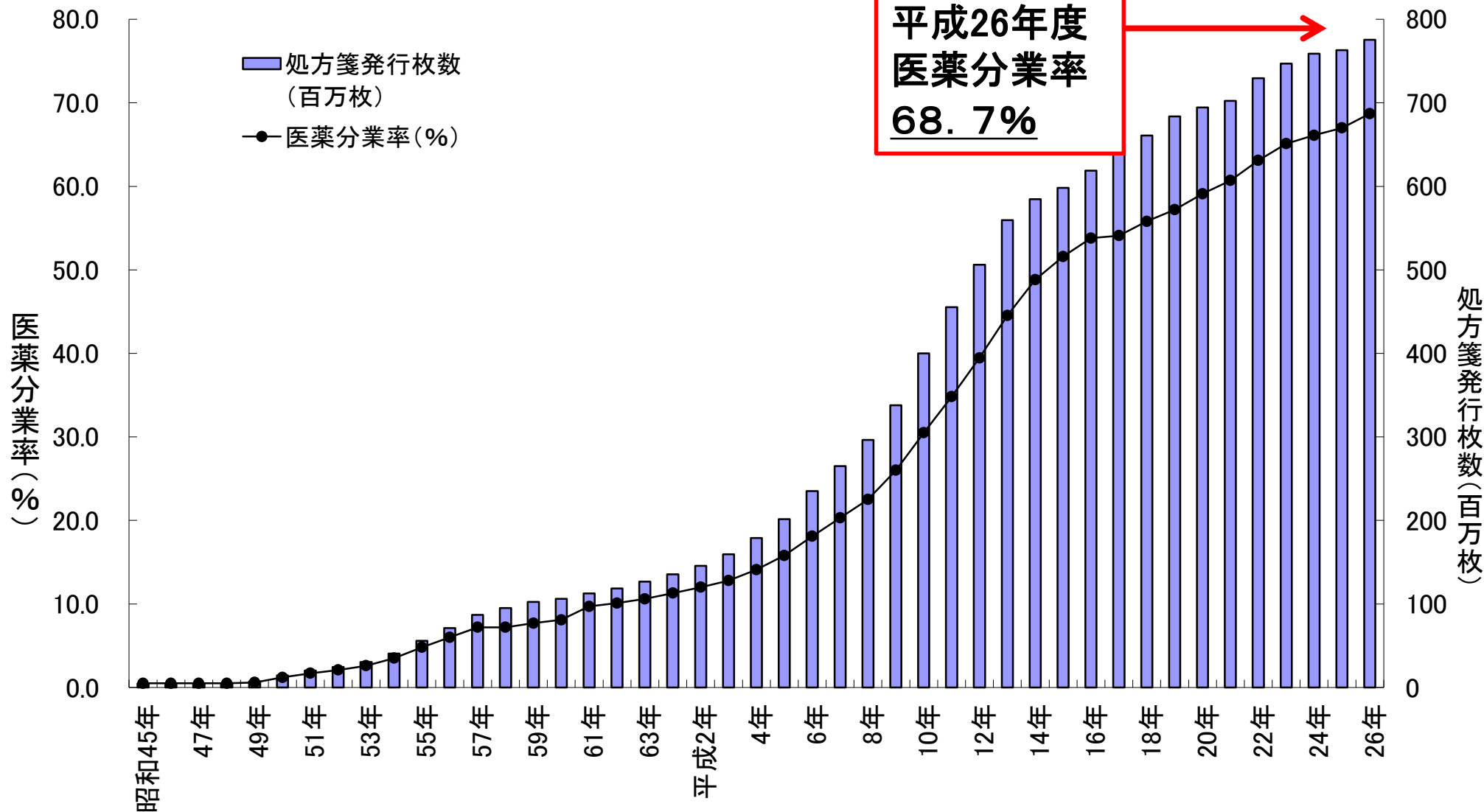
IV 効率化・適正化を通じて精度の持続可能性を高める視点

- **後発医薬品の使用促進**・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- **残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進**
- **患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し**
- 重症化予防の取組の推進
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

平成28年度調剤報酬改定の概要

1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価
2. 薬局における対人業務の評価の充実
3. 後発医薬品の使用促進策
4. いわゆる門前薬局の評価の見直し
5. その他の調剤報酬改定事項
6. 地方厚生局への届出と報告

医薬分業率の年次推移



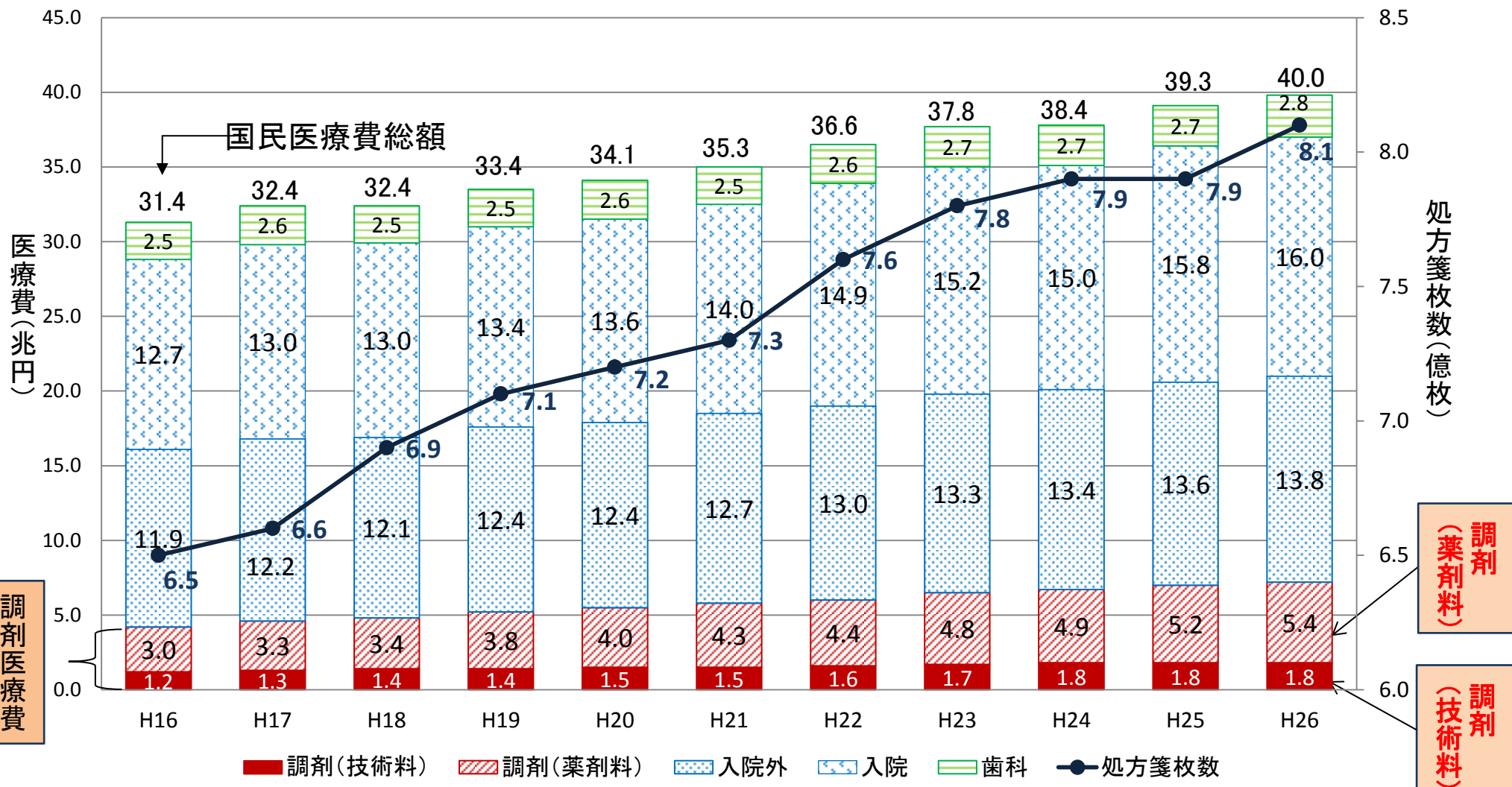
平成26年度
 医薬分業率
68.7%

医薬分業率は年々上昇している。

$$\text{※医薬分業率(\%)} = \frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{医科診療(入院外)日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

医療費と調剤医療費の推移

調剤医療費の伸びの大部分は薬剤料。これには、院外処方への切替えにより、入院外に計上されていた薬剤料が調剤医療費に振り替わった分が含まれている。



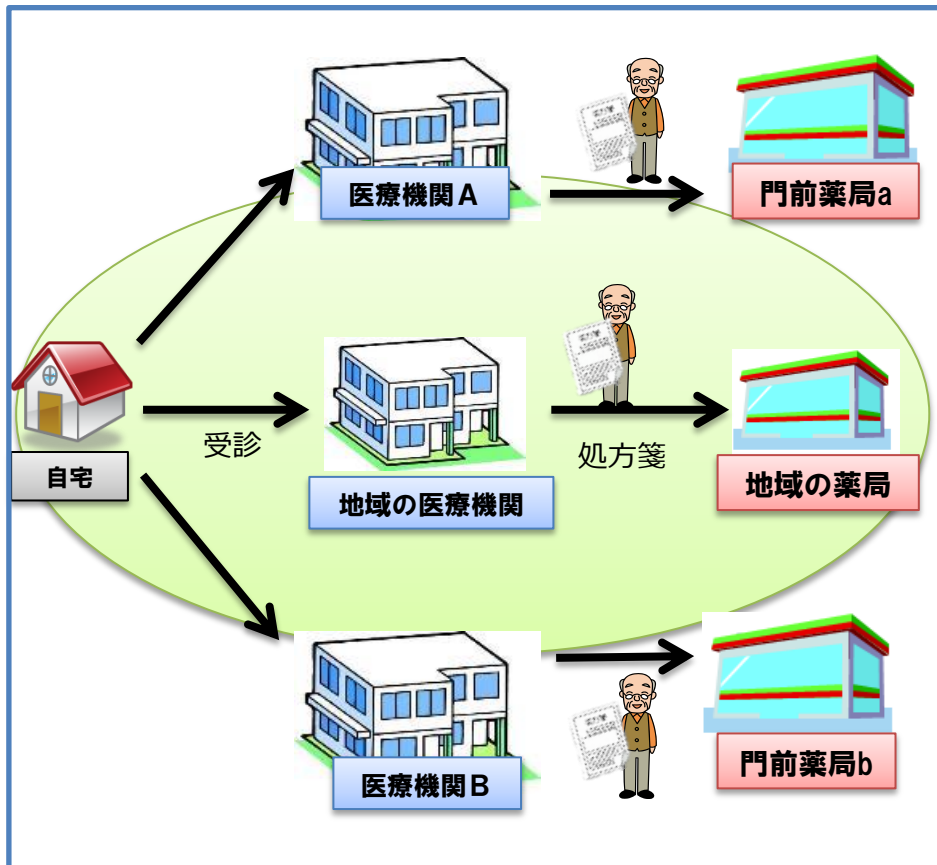
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

5月21日規制改革会議健康・医療WG
厚生労働省提出資料（改）

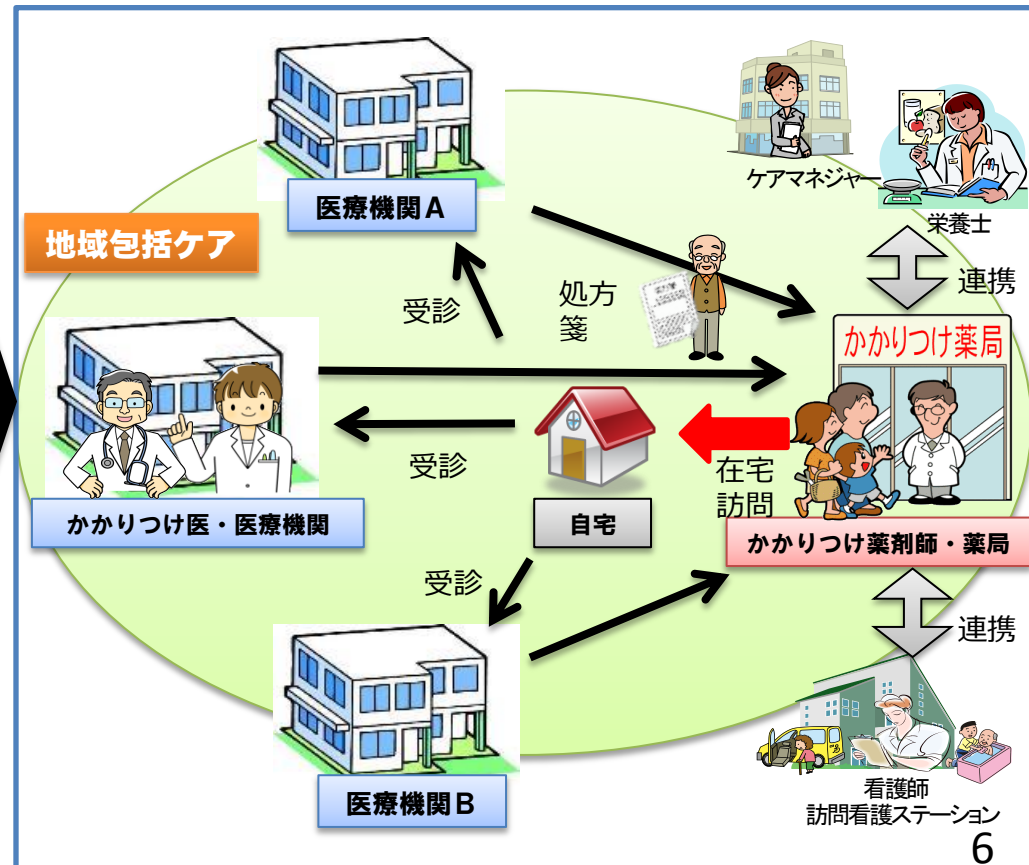
- 薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的な薬学的管理を実施。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方（イメージ）

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬局が服用薬など患者情報の一元管理や在宅での服薬管理・指導などの機能を果たす、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現に取り組む。

1 全体の方向性

- 患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者にとって身近なところにある、かかりつけ薬局の機能を明確化するとともに、薬局全体の改革の方向性について検討する。

<患者本位の医薬分業で実現できること>

- 薬剤師は、患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握し、処方内容をチェックする
- 複数診療科を受診した患者は、多剤・重複投薬等や相互作用が防止される
- 患者は、薬の副作用や期待される効果の継続的な確認を受けられる
- 在宅で療養する患者も、行き届いた服薬管理・指導が受けられる
- 薬への理解が深まり、飲み忘れ、飲み残しが防止される。これにより、残薬が解消される
- 薬剤師は、こうした取組を、地域のかかりつけ医など多職種と連携して行う
- 患者はOTCの使用方法を含め、気軽に健康相談を受けられる など



2. 患者がかかりつけ薬局のメリットを実感できるような調剤報酬

- 患者にとってメリットが実感できるかかりつけ薬局を増やし、いわゆる門前薬局からの移行を推進するため、調剤報酬の例えば以下のような評価等の在り方について検討する。

- 在宅での服薬管理・指導や24時間対応など、地域のチーム医療の一員として活躍する薬剤師への評価
- かかりつけ医と連携した服薬管理に対する評価
- 処方薬の一元的・継続的管理に対する評価
- 薬剤師の専門性を生かした後発医薬品の使用促進に対する評価
- いわゆる門前薬局に対する評価の見直し など
 - 患者の薬物療法の安全性・有効性が向上するほか、多剤・重複投薬等の防止や残薬解消により、医療費の適正化にもつながる

→ 調剤報酬を抜本的に見直すこととし、次期改定以降、累次に亘る改定で対応するよう、今後、中央社会保険医療協議会で具体的に検討。

3. PDCAサイクル

- 医薬分業の質を評価できる適切な指標(疑義照会、在宅医療への参画など)を設定し、定期的な検証を実施しながら医薬分業を推進する。

4. 薬局の構造規制

- いわゆる門前薬局からかかりつけ薬局への移行を進めることに併せて、構造規制に関しては、「経営上の独立性」・「患者の自由な薬局選択」を確保した上で、「形式的な参入規制」から「薬局の機能の評価」へ転換し、患者本位の医薬分業を実現できるよう、今後、中央社会保険医療協議会で検討を進めていく。

規制改革実施計画(平成27年6月30日閣議決定)

<医薬分業推進の下での規制の見直し>

| 事項名 | 規制改革の内容 | 実施時期 |
|-------------------------|--|--|
| 薬局における診療報酬とサービスの在り方の見直し | <p>地域包括ケアの推進において、薬局及び薬剤師が薬学的管理・指導を適切に実施する環境を整える観点から、かかりつけ薬局の要件を具体的に明確化するなど、薬局全体の改革の方向性について検討する。</p> | 平成27年度 検討・結論 |
| | <p>薬局の機能やサービスに応じた診療報酬となるように、<u>調剤報酬の在り方について抜本的な見直し</u>を行い、サービスの質向上と保険財政の健全化に資する仕組みに改める。<u>門前薬局の評価を見直すとともに、患者にとってメリットが実感できる薬局の機能は評価し、実際に提供したサービスの内容に応じて報酬を支払う仕組みに改めるなど、努力した薬局・薬剤師が評価されるようにする。</u></p> | 平成27年度 検討・結論、 次期診療報酬改定 において措置 |
| | <p>薬局においてサービス内容とその価格を利用者に分かりやすく表示し、利用者が薬局を選択できるようにする。さらに、利用者がサービスごとに利用の可否を選択できるよう、提供されたサービスを利用者が確認することも含めてサービスの提供の在り方を検討する。</p> | 平成27年度 検討・結論、 平成28年度 措置 |

経済財政運営と改革の基本方針

➤ 「経済財政運営と改革の基本方針2014」（平成26年6月24日閣議決定）

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

(1) 社会保障改革

(薬価・医薬品に係る改革)

医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性・適正性について検証するとともに、診療報酬上の評価において、調剤重視から服薬管理・指導重視への転換を検討する。

その際、薬剤師が処方変更の必要がないかを直接確認した上で一定期間内の処方箋を繰返し利用する制度(リフィル制度)等について医師法との関係に留意しつつ、検討する。

➤ 「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）

第3章 「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革)

かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討するとともに、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や医師との連携による地域包括ケアへの参画を目指す。平成28年度診療報酬改定において、調剤報酬について、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証した上で、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化を行い、患者本位の医薬分業の実現に向けた見直しを行う。

○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

1. 服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

2. 24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・ 薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・ へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

3. 医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・処方箋受取・保管
- ・調製(秤量、混合、分割)
- ・薬袋の作成
- ・報酬算定
- ・薬剤監査・交付
- ・在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

- ・処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・医師への疑義照会
- ・丁寧な服薬指導
- ・在宅訪問での薬学管理
- ・副作用・服薬状況のフィードバック
- ・処方提案
- ・残薬解消

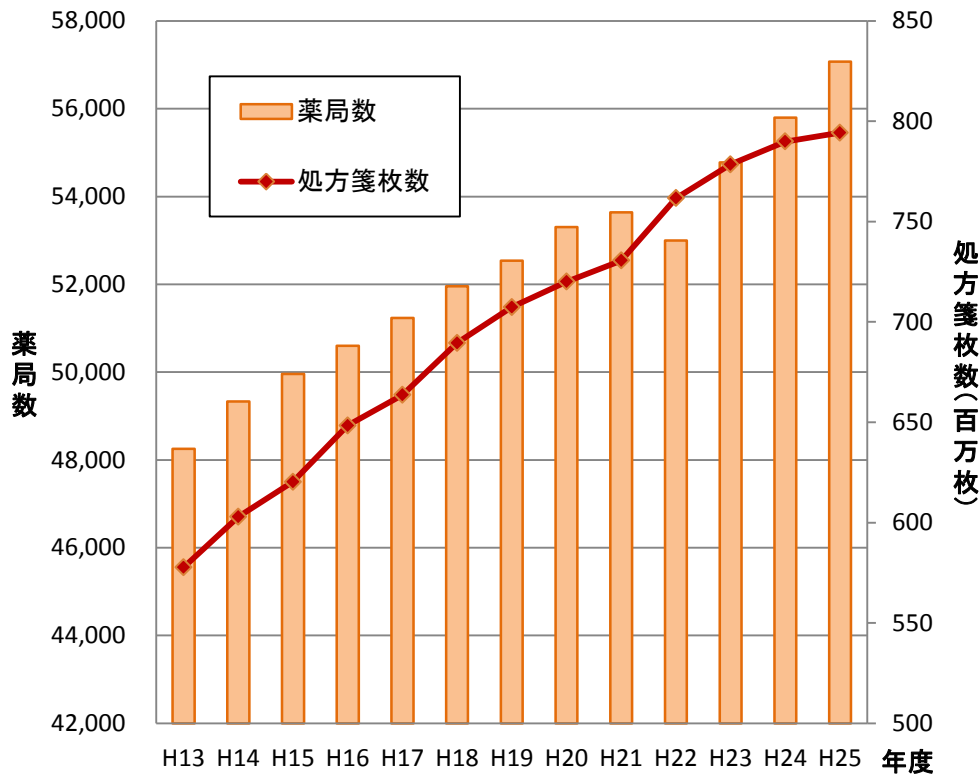
専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

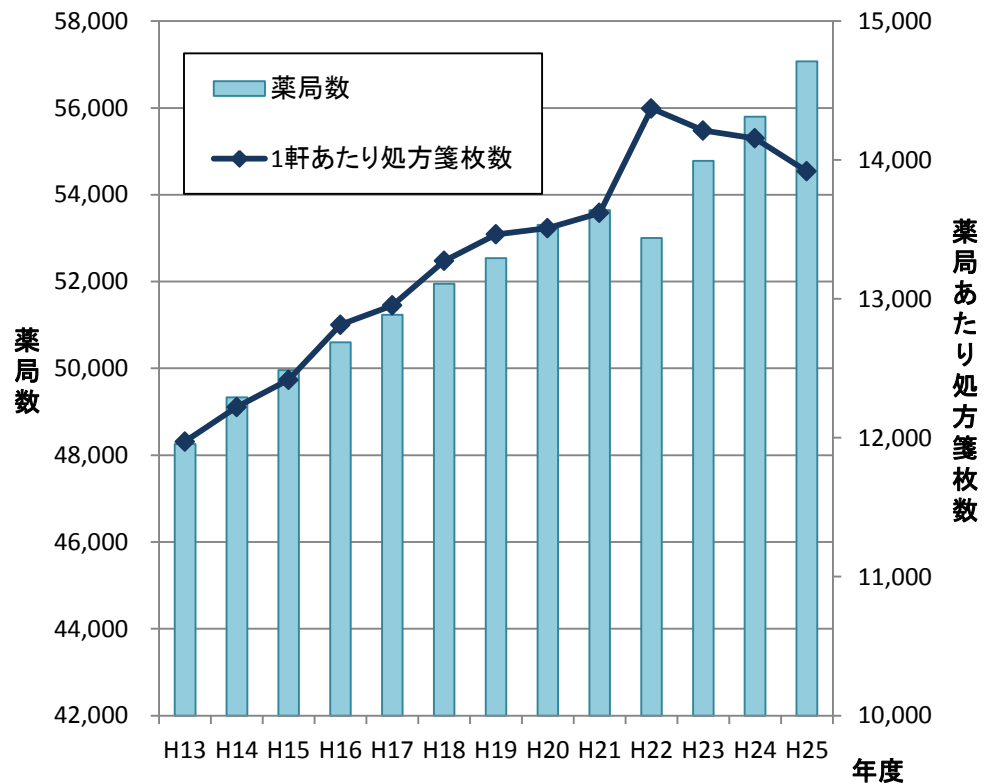
薬局数と処方箋枚数の推移

処方箋枚数は増加しているが、薬局1軒あたりの処方箋枚数はここ数年減少している。

薬局数と処方箋枚数の推移



薬局数と薬局1軒あたりの処方箋枚数の推移

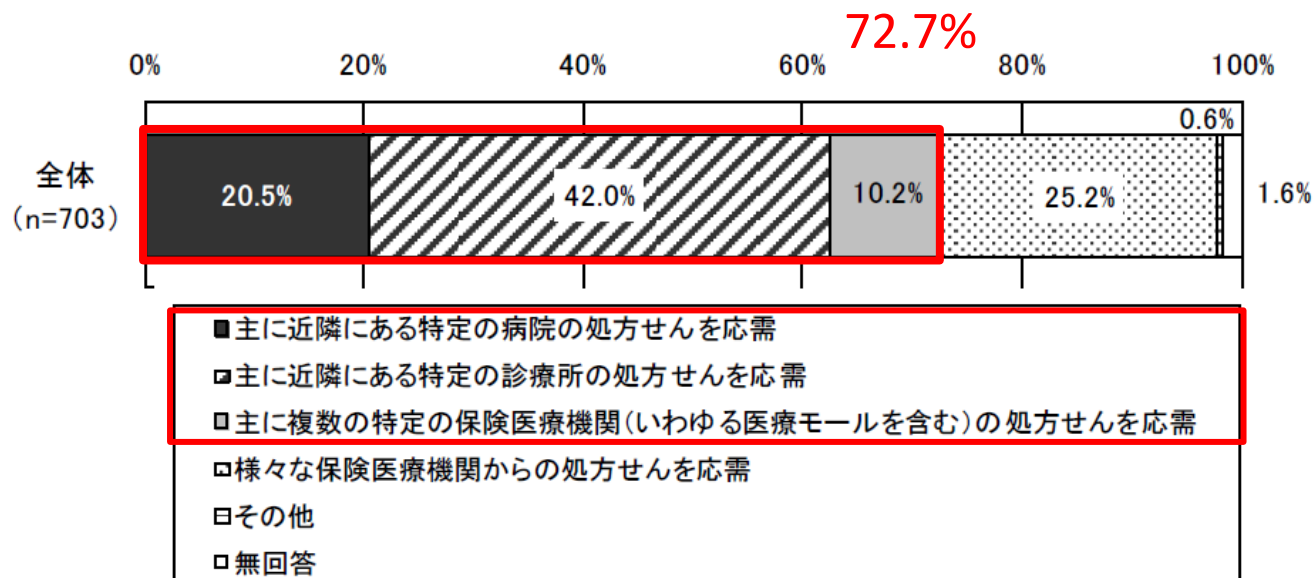


薬局の処方箋応需の状況

薬局の処方箋応需の状況は、主に特定の医療機関からの処方箋を応需している薬局が約7割となっている。

※薬局調査

➤ 薬局の処方箋応需の状況



平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成27年度調査) 後発医薬品の使用状況調査

※ 医療機関が少ない地域では、かかりつけ薬局としての機能を果たしている薬局もある。

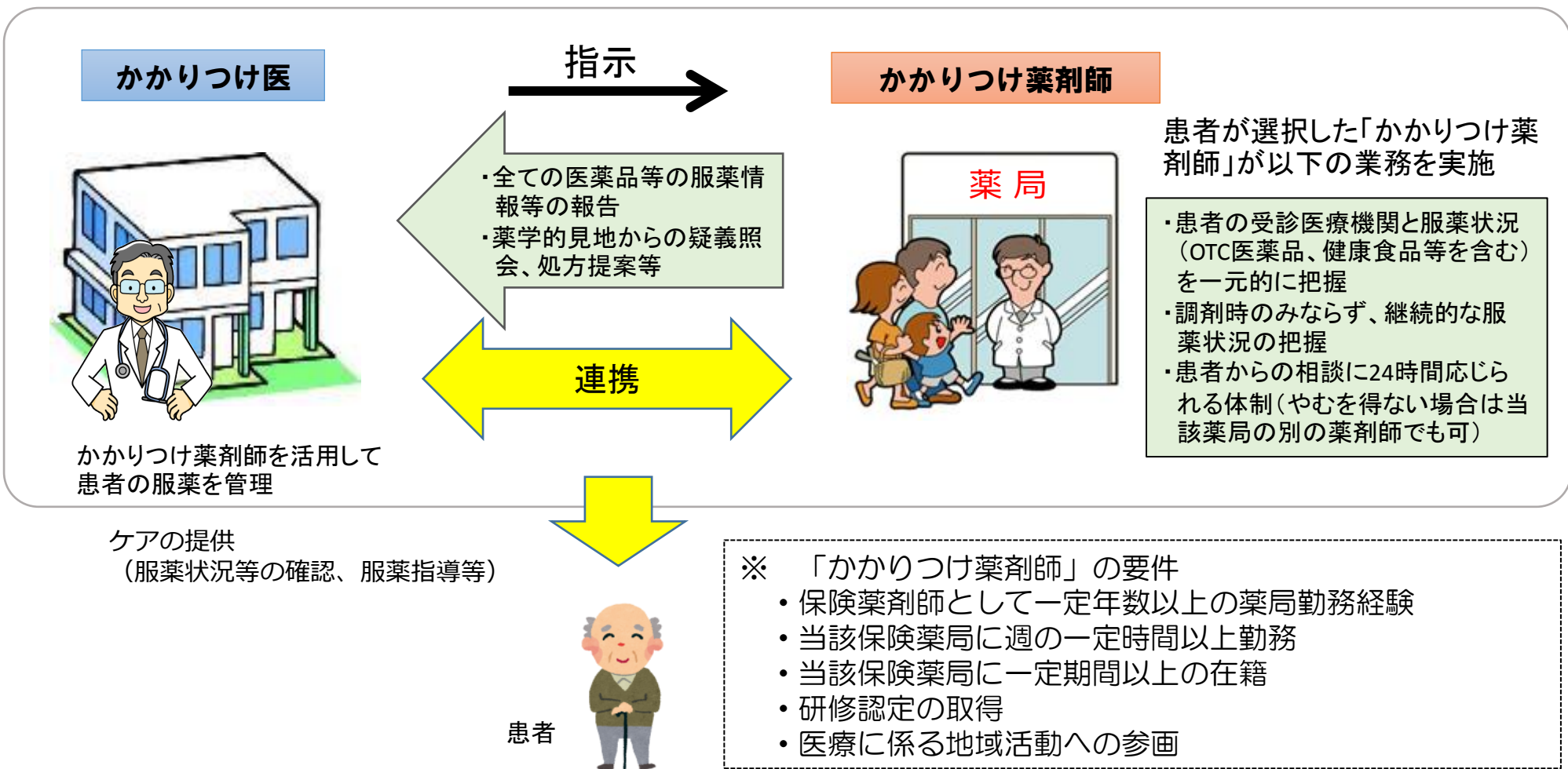


立地の利便性で患者から選択されるよう、医療機関の周辺の敷地に店舗を設けて特定の医療機関からの処方箋を受け付けることのみで成り立つビジネスモデルを変え、地域包括ケアシステムの中で、多職種と連携してかかりつけ薬剤師が役割を発揮することを目指す姿に転換する必要がある。

1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価

かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携

かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。



かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

現行

薬剤服用歴管理指導料
41点/34点



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 50点/38点

以下の項目が
包括されるイメージ

薬剤服用歴
管理指導料

調剤料

調剤基本料

2. かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価 (基準調剤加算の見直し)

- かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

かかりつけ薬剤師の評価①

かかりつけ薬剤師の評価(出来高)

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点(1回につき)

※ 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。

[算定要件]

- ① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。
- ② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。
- ③ 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指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない(要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料は算定できる。)
- ④ 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及び連絡先を記載する。
- ⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。
 - ア 薬剤服用歴管理指導料に係る業務
 - イ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握
 - ウ 担当患者から24時間相談に応じる体制をとり、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付(やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可)
 - エ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
 - オ 必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を実施

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に6月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。(当該規定は、平成29年4月1日から施行)
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

かかりつけ薬剤師の評価②

かかりつけ薬剤師の評価(包括点数)

- 地域包括診療料、地域包括診療加算等が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点(1回につき)

※ 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(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。

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- ・時間外等加算、夜間・休日等加算
- ・在宅患者調剤加算、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に限る。)、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
- ・退院時共同指導料
- ・薬剤料及び特定保険医療材料料

[算定要件]

- ① 対象患者は、地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者とする。
- ② かかりつけ薬剤師指導料の算定要件を満たしていること。
- ③ 調剤の都度患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。
(情報提供の方法については、保険医と合意が得られている場合はそれによるものとする。)

[施設基準]

かかりつけ薬剤師指導料と同じ。

医療機関は当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料(加算)を算定している旨を、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行う。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

認知症に対する主治医機能の評価

➤ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

| | 対象疾患 | 診療内容 | 内服薬 | 主な施設基準 |
|--|---|---|---------------------------------|--|
| 新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1) | 認知症＋1疾患以上 | 担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施 | 内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下 | ○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること |
| 地域包括診療料 1,503点(1月につき※1) | 下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症 | | (要件なし) | ○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること |
| 新 認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算) | 認知症＋1疾患以上 | | 内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下 | ○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること |
| 地域包括診療加算 20点(再診料に加算) | 下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症 | | (要件なし) | |

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料の、2次救急指定病院等であるとの施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算の、常勤医師が3人以上との施設基準については、平成28年度改定において2人に緩和。

かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価

基準調剤加算の見直し

かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

| 現行 | |
|---------|-----|
| 基準調剤加算1 | 12点 |
| 基準調剤加算2 | 36点 |



| 改定後 | |
|--------|------------|
| 基準調剤加算 | <u>32点</u> |

※ 調剤基本料1(41点)を算定している保険薬局のみ加算できる。

[施設基準]

- (1) 1200品目以上の医薬品の備蓄をしていること。
- (2) 一定時間以上の開局(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、週45時間以上)
- (3) 単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携により24時間調剤及び在宅業務の体制が整備されていること。
- (4) 麻薬小売業者の免許を取得していること。
- (5) 医療材料及び衛生材料供給体制の整備、在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制の整備、ケアマネージャーとの連携体制の整備
- (6) 過去1年間に在宅の業務実績があること。
- (7) 管理薬剤師の実務経験として、薬局勤務経験5年以上、当該保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍していること。
- (8) 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。
- (9) 患者のプライバシーへ配慮した構造(パーティションや会話が漏れ聞こえない構造・施設等)
- (10) 定期的な研修実施
- (11) インターネットを通じた情報収集と周知(医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)への登録を義務づけ)
- (12) 健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示
- (13) 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%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上であること。 等

基準調剤加算の要件見直し

《現行》

| | 基準調剤加算1 (12点) | 基準調剤加算2 (36点) |
|--------------|--|--|
| 開局時間 | ○地域の保険医療機関や患者の需要に対応した開局時間 | |
| 備蓄品目 | ○700品目以上 | ○1,000品目以上 |
| 24時間体制 | ○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は10未満) | ○当該薬局のみで対応 |
| 在宅業務 | - | ○在宅業務の体制整備※ ○在宅の業務実績(10回/年以上) |
| 処方せん受付回数/集中度 | ○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと | ○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと ○処方せん600回/月を超える薬局は集中度が70%以下 |
| その他 | ○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知 | |

《改定後》

| 基準調剤加算 (32点) |
|---|
| <u>○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</u> |
| <u>○1,200品目以上</u> |
| <u>○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は3以下)</u> |
| ○在宅業務の体制整備 <u>○在宅の業務実績(1回/年以上)</u> |
| ○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局等)ではないこと |
| ○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知 <u>(医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)登録義務)</u> |
| <u>○プライバシーに配慮した構造</u> |
| <u>○健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示</u> |
| <u>○かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出</u> |
| <u>○管理薬剤師の実務経験(薬局勤務経験5年以上、同一の保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍)</u> |
| <u>○処方せん集中度が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上</u> |

※在宅の体制整備として必要な事項

地方公共団体や関係機関等へ在宅業務実施体制の周知、医療材料及び衛生材料供給体制、在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制、ケアマネージャーとの連携体制

2. 薬局における対人業務の評価の充実

① 薬局における薬学的管理及び指導の充実

薬局における薬学的管理及び指導の充実①

薬剤服用歴管理指導料の評価の見直し

- 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。

現行

【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。

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。

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。



改定後

【薬剤服用歴管理指導料】

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

2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点

[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の1に掲げる調剤基本料1(41点)若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4(31点)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、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。

- 薬剤服用歴の記録への記載について、指導後速やかに完了させるとともに、同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存・管理する。
- 薬剤情報提供文書について、処方内容が前回と同様の場合等においては、必ずしも指導の都度、交付する必要はない。(※交付しない場合は、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。)
- 手帳については、患者に手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供することとし、患者の意向を確認した上で手帳を用いないこととした場合及び複数の手帳を1冊にまとめなかった場合にあってはその理由を薬剤服用歴の記録に記載する。
- 電子版の手帳について、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体と同様の取扱いとする。

薬局における薬学的管理及び指導の充実②

特別養護老人ホーム入所者への服薬管理支援の評価

- ▶ 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、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、薬剤服用歴管理指導料に新設。

改定後

【薬剤服用歴管理指導料】

(新) 特別養護老人ホーム入所者に対して行う場合 **38点**

[主な算定要件]

保険薬剤師が特別養護老人ホームを訪問し、服薬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て、患者又は現に薬剤を管理する者に対して、指導を行った場合に算定できる。

訪問に際しての交通費は患家の負担とする。



訪問



薬局における対人業務の評価の充実

- ▶ 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(ハイリスク薬)及び乳幼児指導管理加算(6歳未満の乳幼児)の評価を見直す。

現行

| | |
|------------|----|
| 特定薬剤管理指導加算 | 4点 |
| 乳幼児服薬指導加算 | 5点 |



改定後

| | |
|------------|------------|
| 特定薬剤管理指導加算 | <u>10点</u> |
| 乳幼児服薬指導加算 | <u>10点</u> |

※特定薬剤管理指導加算の対象薬剤については厚生労働省のホームページに掲載する。

介護施設の患者に対する薬剤管理指導

| 施設の例 | 配置基準 | 院外処方せん | 訪問薬剤管理指導料 (医療保険) | 居宅療養管理指導費 (介護保険) |
|-------------------------|--------------|--------|---|---------------------|
| 特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) | 医師○* 薬剤師× | ○ | × ※ 末期の悪性腫瘍患者に 対しては訪問薬剤管理指 導が算定可 | × |
| 有料老人ホーム | 医師× 薬剤師× | ○ | 要介護認定 無→医療保険 有→介護保険 | |
| 患者宅 (参考) | — | ○ | 要介護認定 無→医療保険 有→介護保険 | |

* 入所者の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な人数の医師 (非常勤でも可)

訪問薬剤管理指導としては算定できない
ので、院外処方せんに基づく**薬剤服用歴
管理指導料**として算定できる旨を明確化

2. 薬局における対人業務の評価の充実

②医薬品の適正使用の推進

(多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組)

医薬品の適正使用の推進①

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価【医科】

- 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① 入院前に6種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合を含めることができる。

(新) 薬剤総合評価調整管理料 250点(月1回に限り) 連携管理加算 50点

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。

- ② 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料(I)は算定できない。

医薬品の適正使用の推進②

薬局における取組の評価(処方内容の疑義照会の評価)

- 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算(薬剤服用歴管理指導料等への加算)については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。

現行

【重複投薬・相互作用防止加算】

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。

- 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

改定後

【重複投薬・相互作用等防止加算】

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、処方せんを交付した保険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。



《算定対象》

現行

- 併用薬との重複投薬及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するための疑義照会
- 残薬の確認の結果、処方の変更が行われた場合
(※薬剤の追加、投与期間の延長の場合は算定対象にならない。)

改定後

- 以下の疑義照会を行い処方内容に変更があった場合
- 併用薬との重複投薬(薬理作用が類似する場合を含む。)
 - 併用薬、飲食物等との相互作用
 - 残薬
 - その他薬学的観点から必要と認められる事項



- 在宅患者についても同様の評価を新設する。(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料)

薬局における処方内容の疑義照会に対する評価

| 現行 | 外来 | 在宅 |
|---------------------|---------------|-----------------------------------|
| 患者に対する指導 (薬学管理料) | 薬剤服用歴管理指導料 | 在宅患者訪問薬剤管理指導料 居宅療養管理指導費等【介護保険】 |
| 処方内容の疑義照会 に伴う評価 | 重複投薬・相互作用防止加算 | なし |

算定可能な範囲が限られている。(重複投薬、相互作用、残薬に係る調整のみ)



算定可能な範囲を拡大し、評価を充実
(重複投薬・相互作用等防止加算 30点)

残薬確認や減薬のための疑義照会に係る評価がない。



評価を新設
(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点)

医薬品の適正使用の推進③

薬局における継続的な薬学的管理の評価(ブラウンバッグ運動の取組の評価)

- 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でも外来服薬支援料を算定可能とする。(「注1」及び「注2」合わせて月1回に限り算定可能)

現行

【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。

改定後

【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月1回に限り算定する。

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、所定点数を算定できる。

服用薬等を持参
(下記のような袋を活用)



服薬管理等を実施



自宅での服用薬等(残薬含む)



外来患者の残薬削減の取組

- 節薬バッグ運動: 外来患者の残薬の現状とその有効活用による医療費削減の取り組み(福岡市薬剤師会)
- 実施期間: 2013年2月～2014年1月
- 実施内容: 薬局において、本活動の同意が得られた患者に「節薬バッグ」を渡し、次回来局時に残薬をバッグに入れて持参してもらい、残薬確認と調整を行う。(参加薬局127、協力患者1,367人)



< 残薬確認による薬剤費削減率 >

| | 処方された薬剤費(円) | 削減された薬剤費(円) | 薬剤費の削減率(%) |
|-----------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 処方せん1枚当たり | 8,280 [※] (4,322-15,044) | 1,101 [※] (412-2,669) | 15.54 [※] (6.57-33.30) |
| 総数 | 16,593,964 | 3,492,722 | 21.05 |

※中央値(四分位範囲)

処方された薬剤費(総数)の約20%を削減

医薬品の適正使用の推進④

長期投薬の取扱いの明確化【医科】

- 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、**分割指示に係る処方せんを交付する。**

薬局における分割調剤

- 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合以外であっても、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。**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。

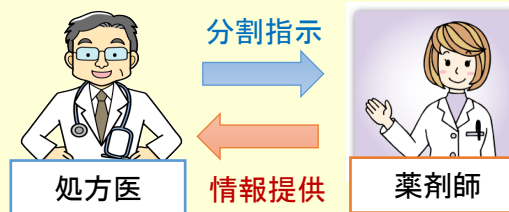
〈上記分割調剤の算定例〉 ※90日分の処方を30日ごとに3回分割調剤を指示

○ **調剤基本料、調剤料、薬学管理料***

分割調剤しない場合(90日分調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとに**A/3点**

※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点

○ **薬剤料** ⇒ 分割調剤ごとに**30日分の薬剤料**



分割調剤等に対する関係会議からの指摘

- 「経済財政運営と改革の基本方針2014」（平成26年6月24日閣議決定）

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

(1) 社会保障改革

(薬価・医薬品に係る改革)

医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性・適正性について検証するとともに、診療報酬上の評価において、調剤重視から服薬管理・指導重視への転換を検討する。

その際、薬剤師が処方変更の必要がないかを直接確認した上で一定期間内の処方箋を繰返し利用する制度(リフィル制度)等について医師法との関係に留意しつつ、検討する。

- 「規制改革実施計画」（平成27年6月30日閣議決定）

II 分野別措置事項

1. 健康・医療分野

(2) 個別措置事項

① 医薬分業推進の下での規制の見直し

リフィル処方せんの導入や分割調剤の見直しに関する検討を加速し、結論を得る。

【平成27年度検討・結論】

医薬品の適正使用の推進⑤

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

➤ 医療機関と薬局が連携して、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。

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、
 a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
 b. 医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

| 処方せん | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|--|------|--------------------|------|-------|--------|-----------|-------|----------|---------|--|--|--|
| <small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small> | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 電話番号 | | | | | |
| | 生年月日 | | | 男・女 | | 保険医氏名 | | | | | 印 | | | |
| | 区分 | | 被保険者 | | 被扶養者 | | 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 | | | | 処方せんの使用期間 | | 平成 年 月 日 | | 券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。 | | |
| 変更不可 <input type="checkbox"/> 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 処方 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 公費負担医療の受給者番号 | | | | 印 | | | | | | |
| 保険薬剤師氏名 | | | | | | | | | | | | | | |

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。）
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

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精算に関する省令（昭和61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。

医薬品の適正使用の推進⑥

薬局における継続的な薬学的管理の評価（情報提供に対する評価）

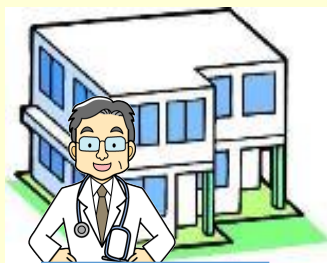
- 服薬情報等提供料及び長期投薬情報提供料については、調剤後の薬学的管理として統合した点数とする。

| 現行 | |
|-------------|-----|
| 長期投薬情報提供料 1 | 18点 |
| 長期投薬情報提供料 2 | 28点 |
| 服薬情報等提供料 | 15点 |



| 改定後 | |
|--|-----|
| (削除) | |
| (削除) | |
| 【服薬情報等提供料】 | 20点 |
| <p>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> | |

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報



患者等への情報提供や必要な指導

- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

※かかりつけ薬剤師としては、上記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服薬情報等提供料は算定できない。

2. 薬局における対人業務の評価の充実

③在宅薬剤管理指導業務の推進

在宅薬剤管理指導業務の推進①

在宅薬剤管理指導業務における疑義照会の評価

- ▶在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価。

(新) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点

[主な算定要件]

- (1) 対象は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導を行っている患者とする。
- (2) 薬剤服用歴等に基づき重複投薬、相互作用の防止等の目的で疑義照会を行い、処方内容が変更になった場合に算定できる。
- (3) 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。(別途、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能。)

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

- ▶保険薬剤師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。
- ▶同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、**1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できる**ようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- ▶医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

在宅薬剤管理指導業務の推進②

在宅医療において使用できる注射薬の拡大

- 保険医療機関の医師が処方できる注射薬に**脂肪乳剤**を追加する。
- 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の対象に**脂肪乳剤**を追加する。

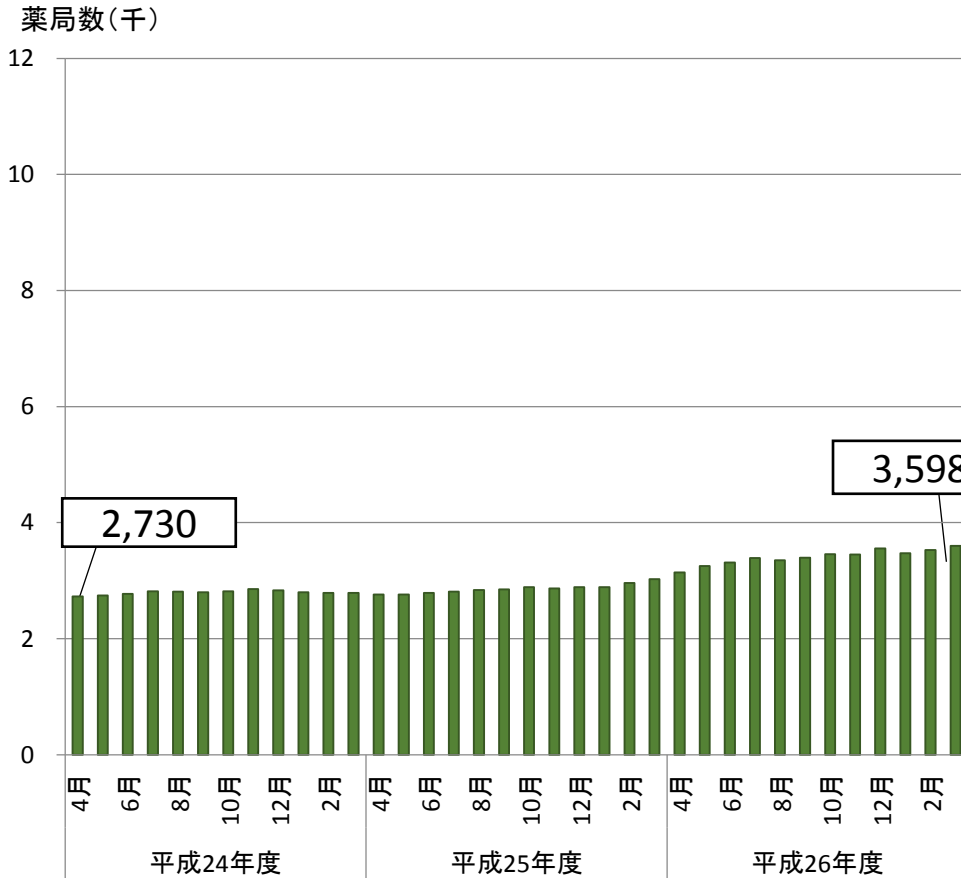
＜調剤料の注射薬の留意事項通知＞

注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤(インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、……(中略)……アスターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤**及び脂肪乳剤**)に限る。

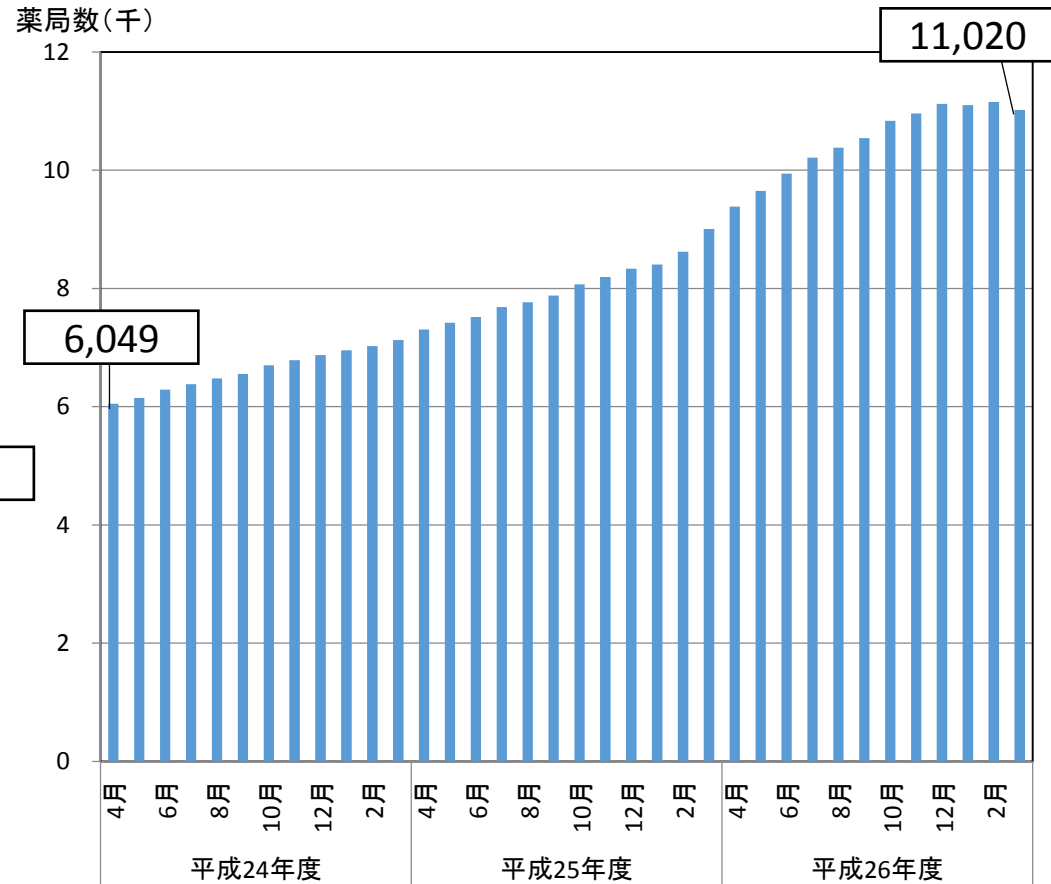
在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)



居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

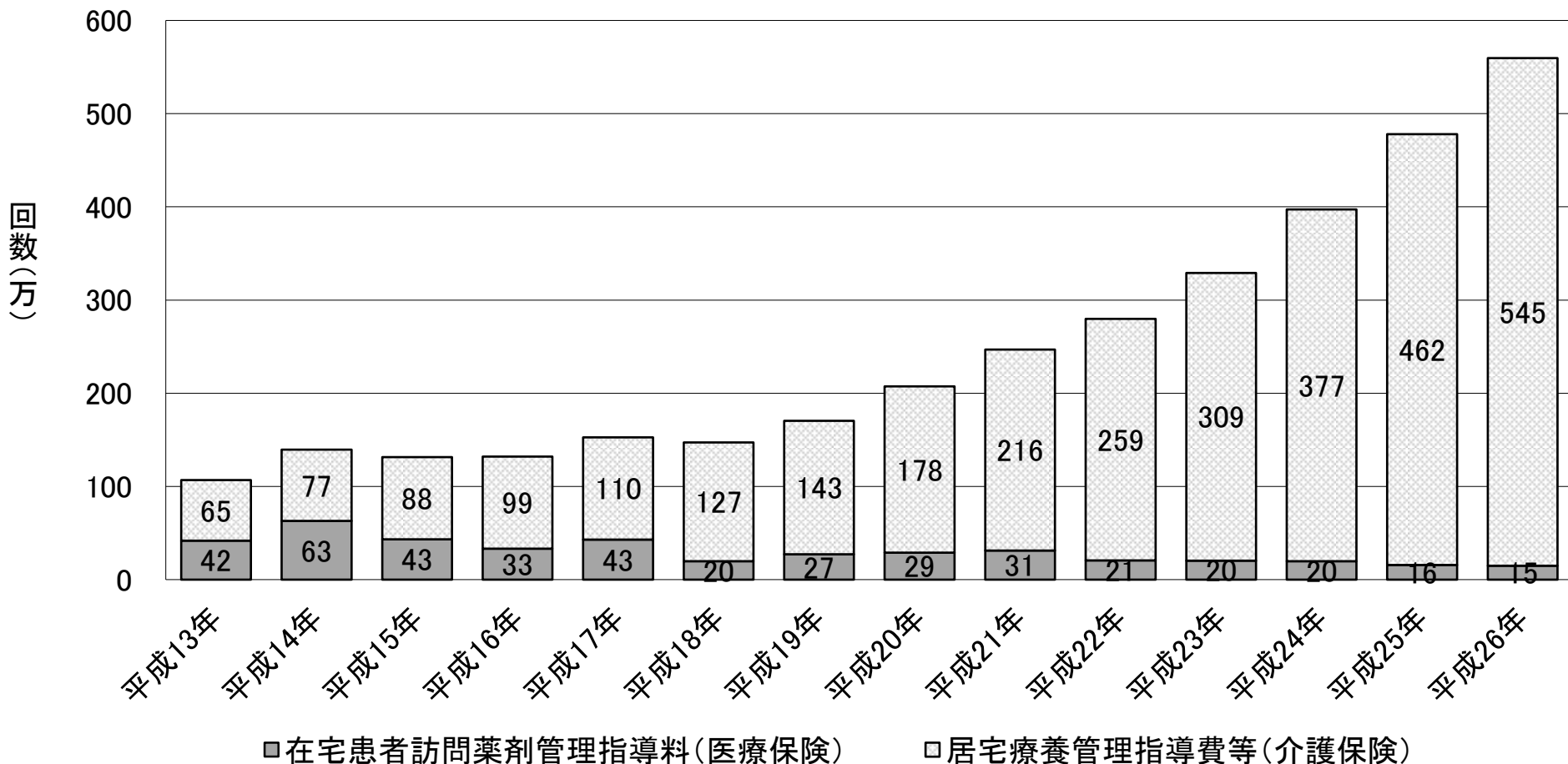


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)特別集計、「介護保険総合DB」(月ごとに算定した薬局数を集計)(老健局老人保健課)

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数が伸びており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいる。

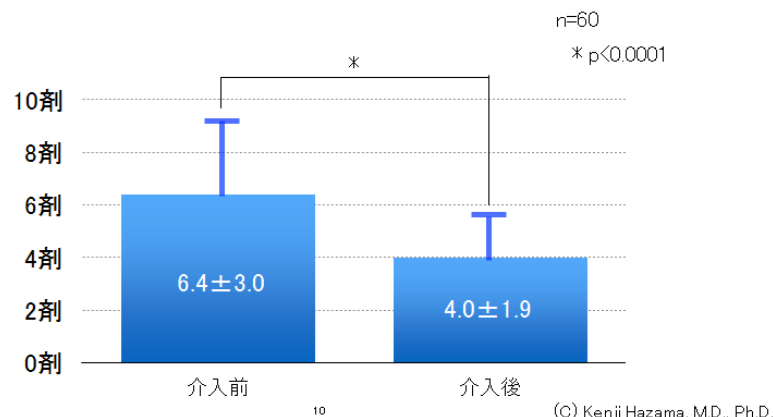


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

在宅業務で医師と薬剤師の連携による評価

医師と連携して薬剤師が在宅訪問を行うことで、投薬数や薬剤費が減少。

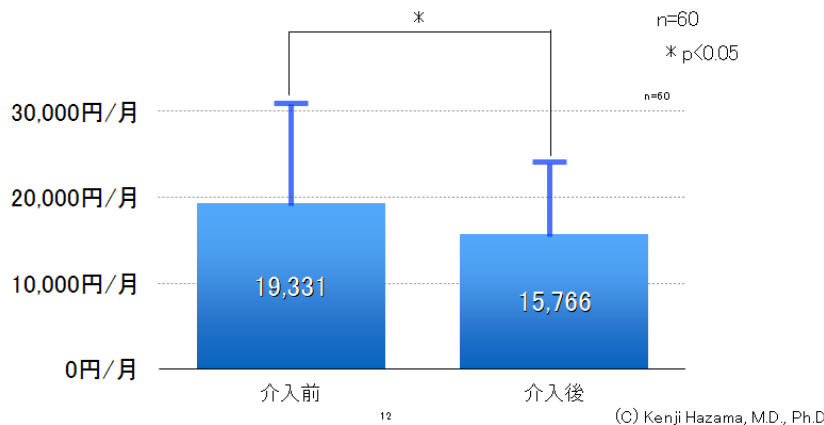
1人あたりの投薬数の変化



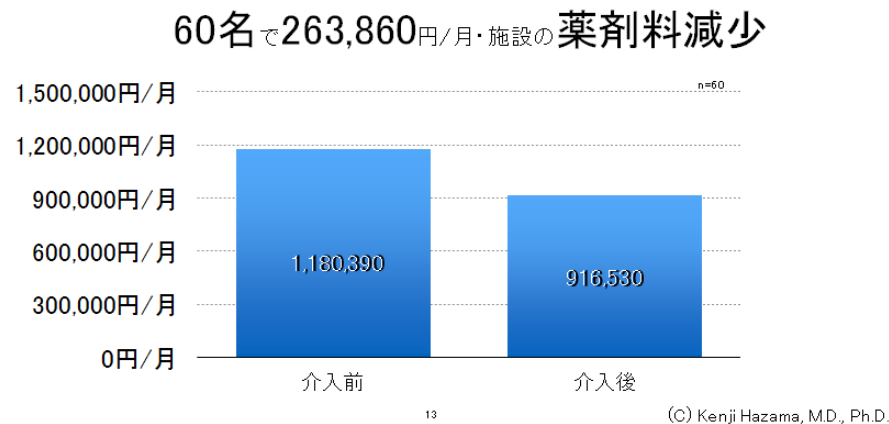
医師の訪問診療に薬剤師が同行した後、次回医師の訪問診療の前に薬剤師が単独で訪問して、薬学的に患者の状態を確認し、そこで得た情報を医師にフィードバックした結果

- 介護付き有料老人ホームの患者
対象 60名 (男性13名、女性47名)
平均年齢 87.1 ± 7.5歳

1人あたりの薬剤費の変化



施設全体の薬剤費の変化

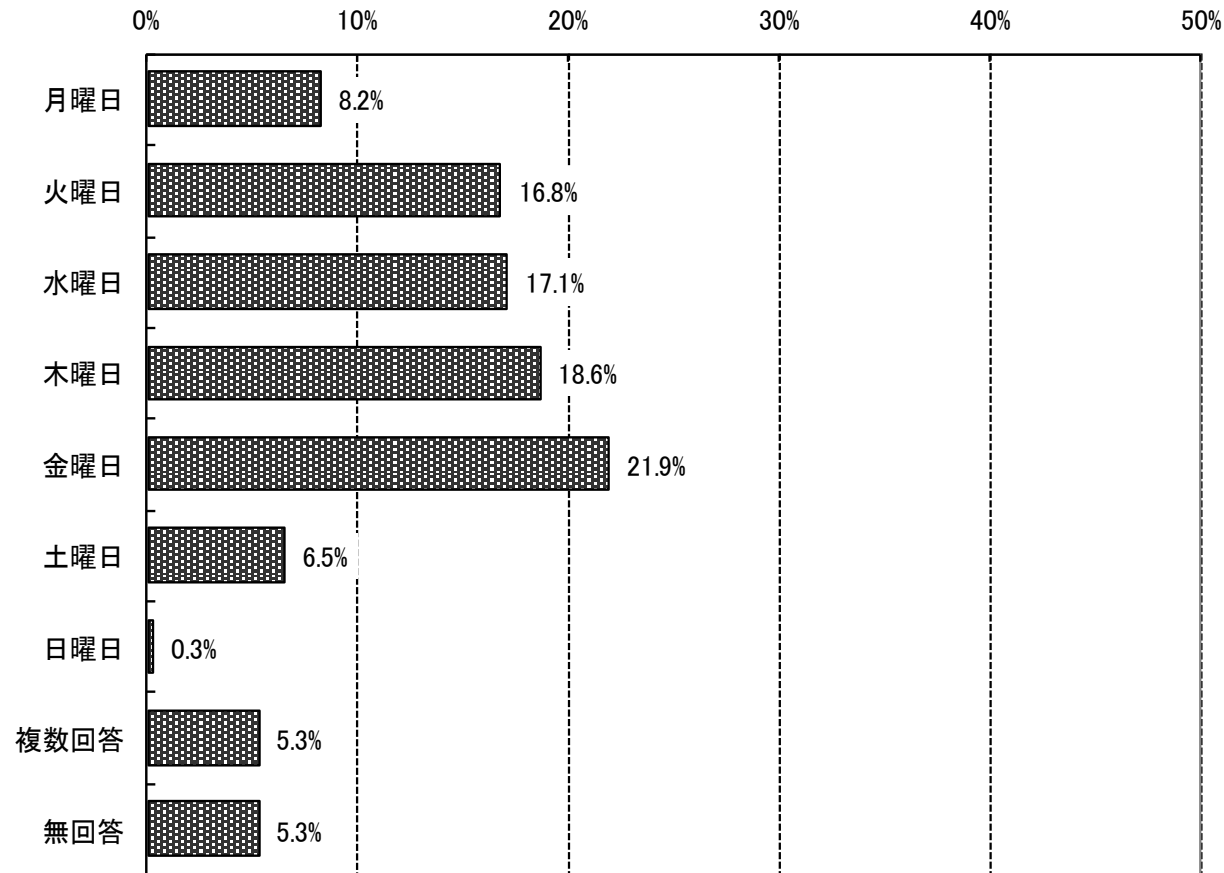


※平成26年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究」シンポジウムより「薬局薬剤師が取り組むチーム医療～介護施設における共同薬物治療管理～(ファルメディコ株式会社 狭間研至)」

在宅業務を実施する薬剤師の1日あたり患者数

在宅業務を実施する曜日は薬局によって様々である。

➤ 薬剤師1人・1日あたりの最大患者数があった曜日(単数回答、n=644)



2. 薬局における対人業務の評価の充実

④調剤料の見直し

内服薬の調剤料及び一包化加算の見直し

内服薬の調剤料及び一包化加算の見直し

➤ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料及び一包化加算の評価を見直す。



内服薬の調剤料の見直し

現行

【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) | 4点 |
| ロ 15日分以上 21日分以下の場合 | 71点 |
| ハ 22日分以上 30日分以下の場合 | 81点 |
| ニ 31日分以上の場合 | 89点 |



改定後

【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) | 4点 |
| ロ 15日分以上 21日分以下の場合 | <u>70点</u> |
| ハ 22日分以上 30日分以下の場合 | <u>80点</u> |
| ニ 31日分以上の場合 | <u>87点</u> |

一包化加算の見直し

現行

【一包化加算】

注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。

| | |
|---|------|
| 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 | |
| ロ 57日分以上の場合 | 290点 |



改定後

【一包化加算】

注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。

| | |
|---|-------------|
| イ <u>42日分以下</u> 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 | |
| ロ <u>43日分以上の場合</u> | <u>220点</u> |

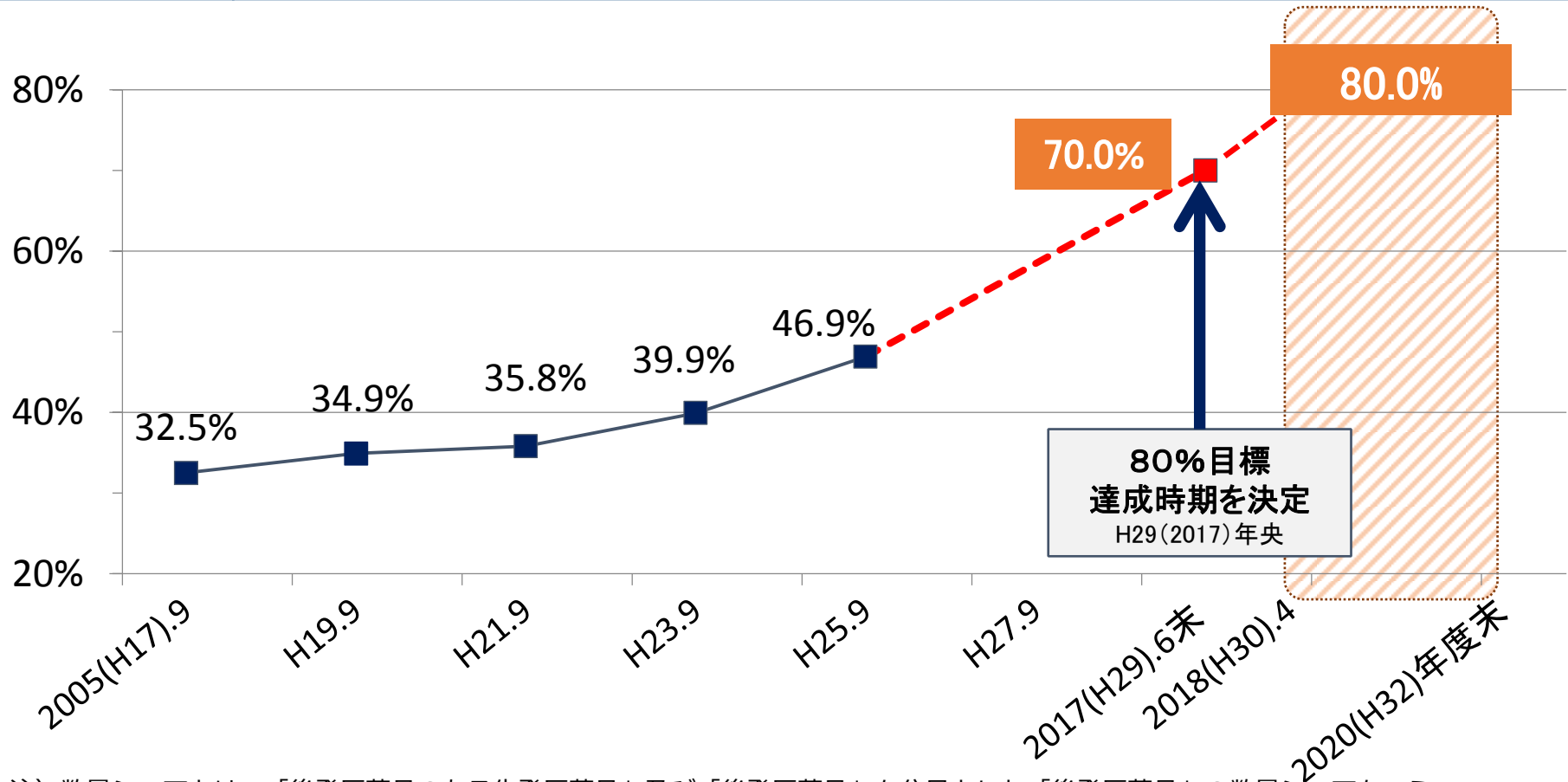
3. 後発医薬品の使用促進策

後発医薬品の数量シェアの推移と目標値

➤ 経済財政運営と改革の基本方針2015

数量シェア 目標

- ① 2017年（平成29年）中に**70%以上**
- ② 2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早い時期に**80%以上**



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

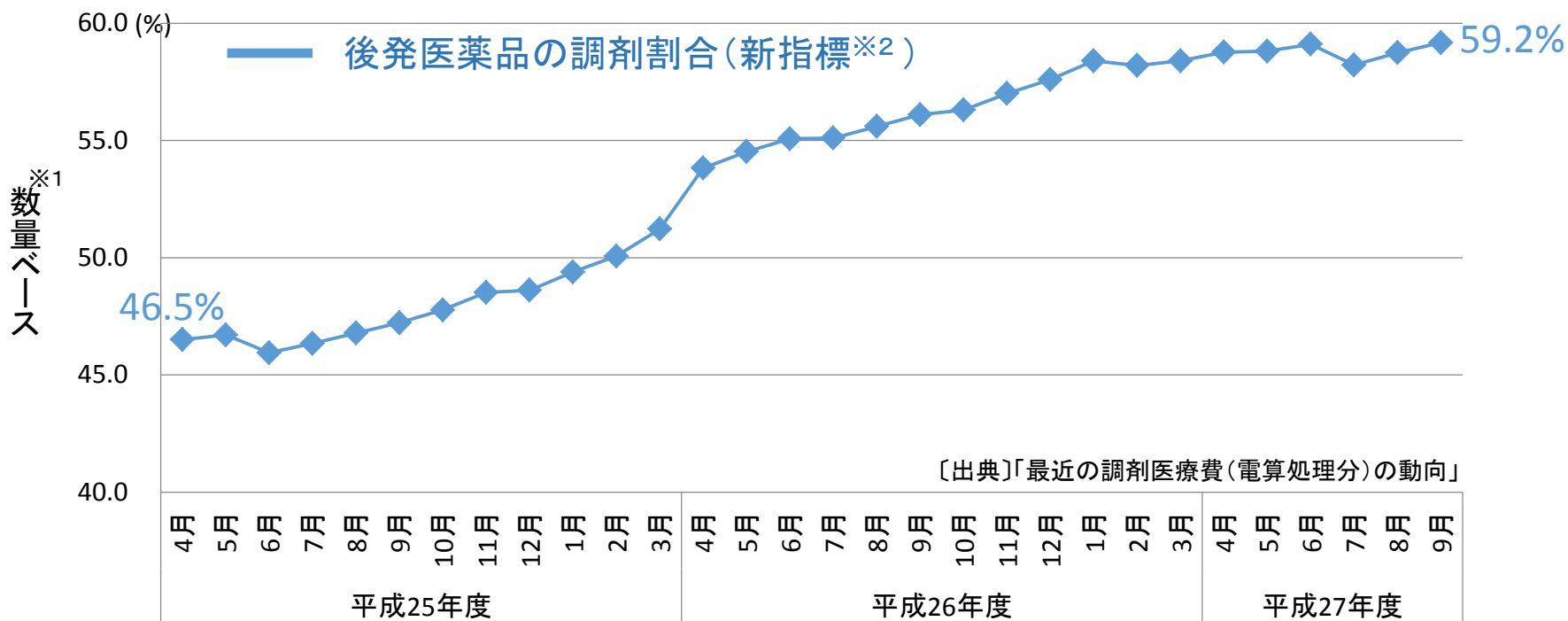
後発医薬品の使用促進等について①

薬局における取組の評価

- 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。

| 現行 | 改定後 |
|-------------------------------|--|
| 後発医薬品調剤体制加算1(調剤数量割合55%以上) 18点 | 後発医薬品調剤体制加算1(調剤数量割合 65% 以上) 18点 |
| 後発医薬品調剤体制加算2(調剤数量割合65%以上) 22点 | 後発医薬品調剤体制加算2(調剤数量割合 75% 以上) 22点 |

➤ 薬局における後発医薬品の数量シェア



※1:「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。

※2:「新指標」=[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])
 (「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

後発医薬品の使用促進等について②

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し【医科】

- 後発医薬品使用体制加算（入院初日に加算）における後発医薬品の割合に、「後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う。

現行

| | |
|-------------------------|-----|
| 後発医薬品使用体制加算1（旧指標で30%以上） | 35点 |
| 後発医薬品使用体制加算2（旧指標で20%以上） | 28点 |

旧指標

後発医薬品の採用品目数

全医薬品の採用品目数

改定後

| | |
|-------------------------|-----|
| 後発医薬品使用体制加算1（新指標で70%以上） | 42点 |
| 後発医薬品使用体制加算2（新指標で60%以上） | 35点 |
| 後発医薬品使用体制加算3（新指標で50%以上） | 28点 |

新指標

後発医薬品の数量

後発医薬品あり先発医薬品 + 後発医薬品の数量

診療所における後発医薬品使用体制の評価【医科】

- 後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

処方料

| | | |
|-----|-----------------------|----|
| (新) | 外来後発医薬品使用体制加算1（70%以上） | 4点 |
| | 加算2（60%以上） | 3点 |

[施設基準]

- ① 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所であること。
- ② 当該医療機関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規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤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。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

後発医薬品の使用促進等について③

一般名処方加算の見直し【医科】

- 後発医薬品の更なる使用促進を図るため、後発医薬品が存在する全ての医薬品を一般名で処方している場合の評価を新設する。

現行

一般名処方加算 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合に算定する。



改定後

一般名処方加算1 3点

一般名処方加算2 2点

[算定要件]

交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合には加算2を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には加算1を算定する。

後発医薬品の銘柄を指定して処方する際の取扱い【医科】

- 処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。

後発医薬品の使用促進等について④

DPC対象病院（機能評価係数Ⅱの各項目の見直し）

➤ 保険診療指数、カバー率指数、地域医療指数、**後発医薬品指数について必要な見直しを行う。**

①保険診療指数（全医療機関に1点が与えられた上で、各評価項目に応じて加点・減点を行う。）

| | |
|---------|---|
| 0.05点加点 | <ul style="list-style-type: none"> 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（Ⅰ群のみ） <u>病院情報の公表（平成29年度より）</u> |
| 0.05点減点 | <ul style="list-style-type: none"> 適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価） 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 <u>本院よりも機能が高い（※）分院（DPC対象病院）を持つ大学病院本院（Ⅰ群のみ）</u> ※ Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合 <u>Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院（Ⅰ群のみ）</u> <u>精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院（Ⅰ群・Ⅱ群）</u> |

④カバー率指数

- Ⅲ群においては、最低値・最小値を30%tile値とする。
 ✓ 専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように評価方法を変更する。

⑥地域医療指数

- 地域がん登録に関する評価を廃止（平成29年度より）
- 高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加（平成29年度より）

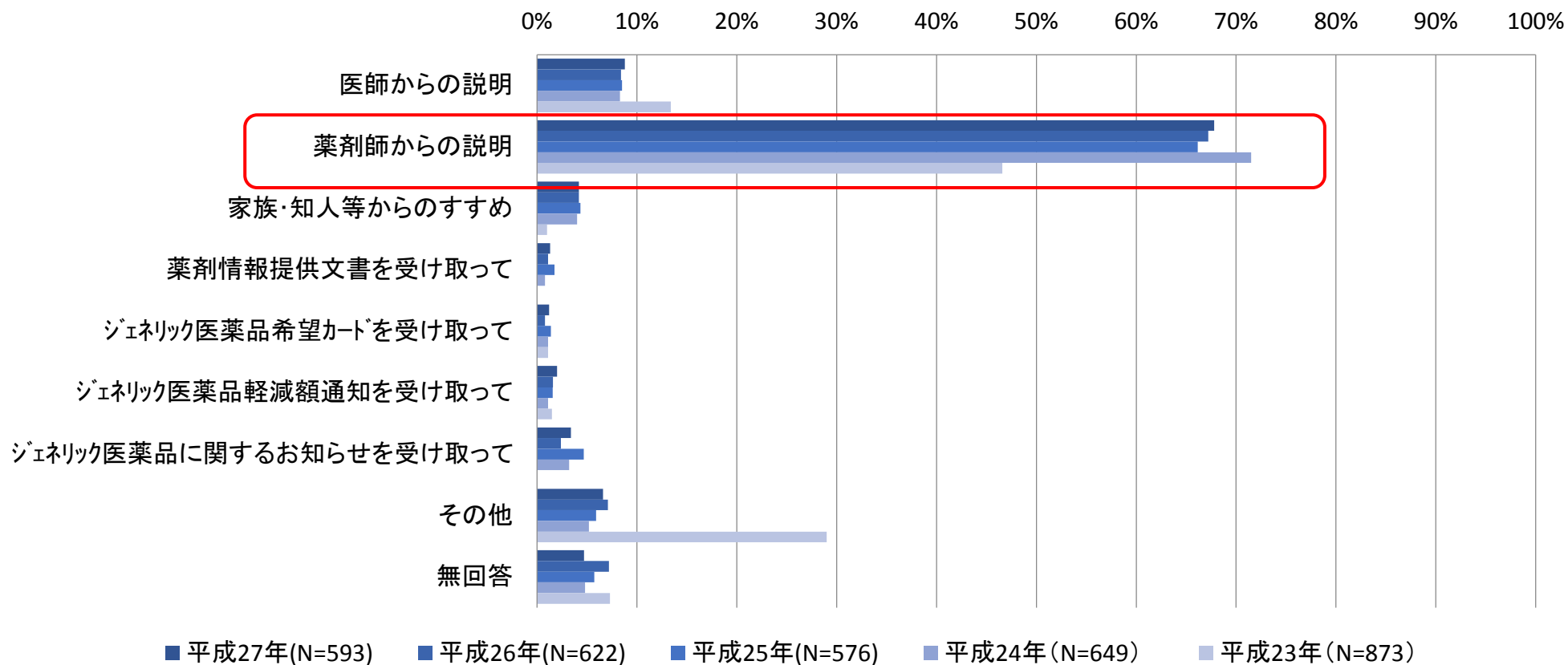
⑦後発医薬品指数

- 評価上限を70%とする。
 ✓ 政府目標である70%へ評価上限を引き上げ。

先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけ(患者調査)

先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけは、「薬剤師からの説明」が7割と最も多い。

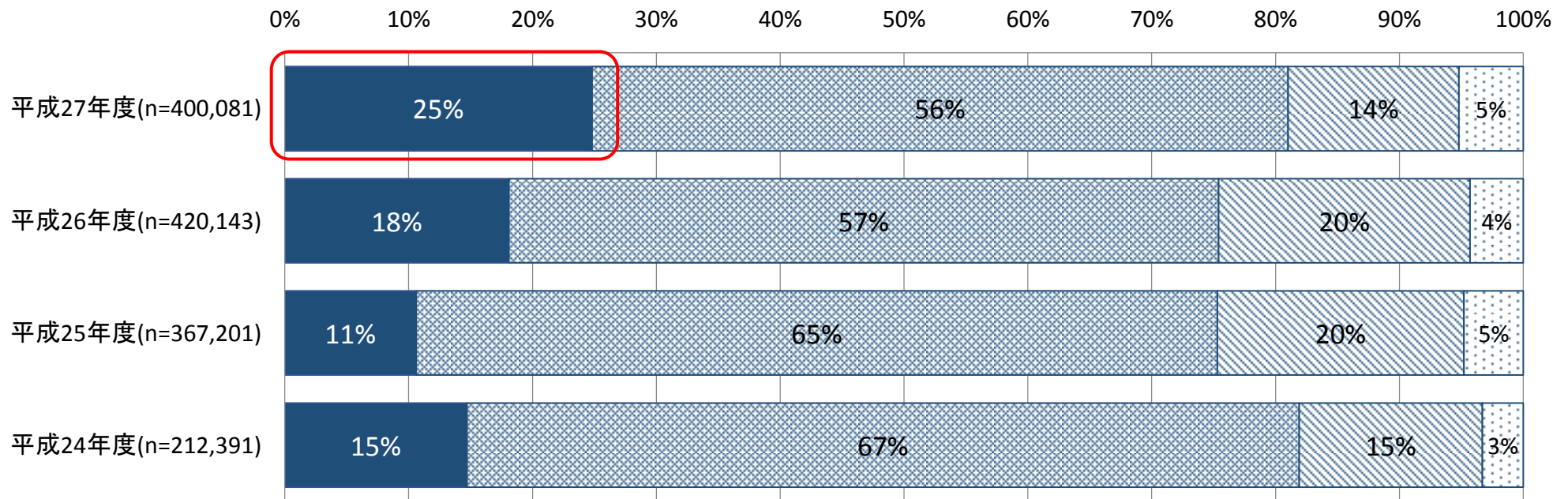
➤ 先発医薬品から後発医薬品に変更したきっかけ



一般名処方状況(薬局調査)

一般名処方された医薬品の品目数の割合は、増加している。

1週間の取扱い処方箋に記載された医薬品の記載状況



■ 一般名で処方された医薬品の品目数

▨ 先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品の品目数

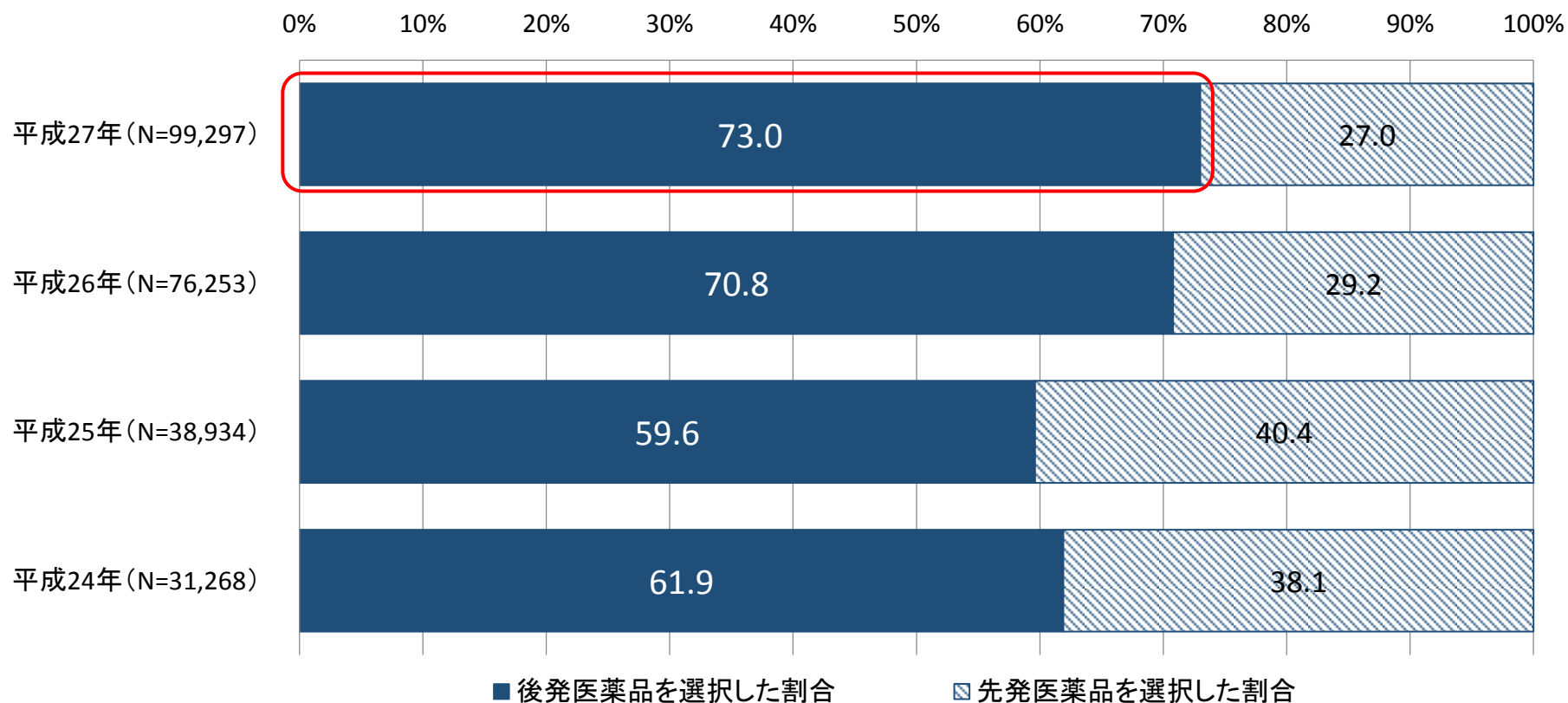
▨ 後発医薬品名で処方された医薬品の品目数

▨ その他(漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品)の品目名で処方された医薬品の品目数

薬局における後発医薬品の調剤状況(薬局調査)

一般名処方された医薬品のうち、後発医薬品を調剤した割合は、約7割に達している。

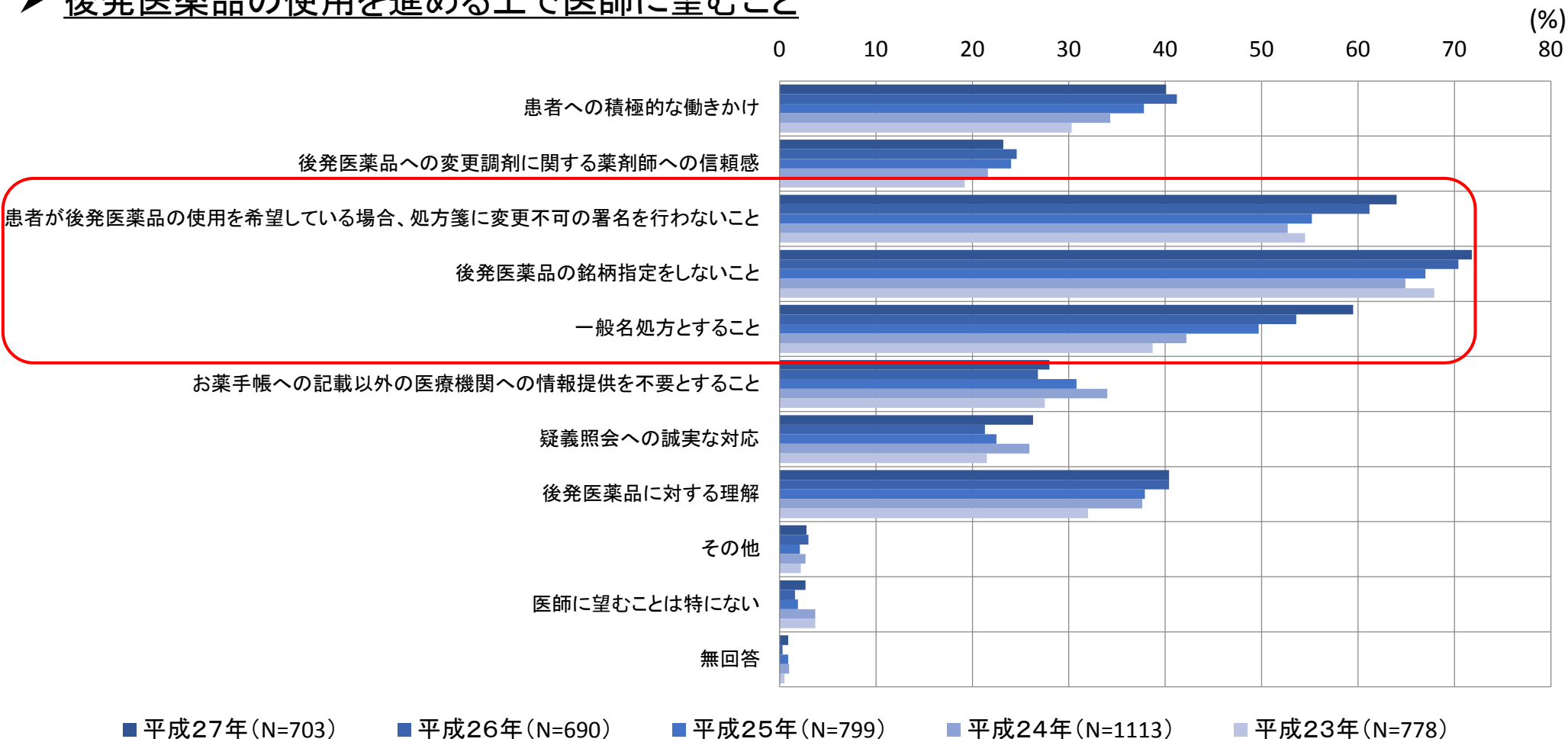
➤ 一般名で処方された医薬品における後発医薬品を選択した割合



薬局の薬剤師が後発医薬品の使用を進める上で医師に望むこと(薬局調査)

薬局の薬剤師が医師に望むこととしては、「後発医薬品の銘柄指定をしないこと」や「一般名処方をする事」など、処方箋への記載方法に関する内容が多く挙げられていた。

➤ 後発医薬品の使用を進める上で医師に望むこと



後発医薬品の調剤状況について

- 1週間の取り扱い処方せんに記載された医薬品の品目数と対応状況別品目数
(581薬局、総処方せん169,699枚に記載された400,081品目数)

| | (今回調査) | | (参考) |
|--|---------|--------|--------|
| | 品目数 | 割合 | 前回調査 |
| ①一般名で処方された医薬品の品目数 | 99,297 | 24.8% | 18.1% |
| ②後発医薬品を選択した医薬品の品目数 | 72,519 | 18.1% | 12.8% |
| ③先発医薬品(準先発品を含む)を選択した医薬品の品目数 | 26,778 | 6.7% | 5.3% |
| ④先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品の品目数 | 224,723 | 56.2% | 57.3% |
| ⑤「変更不可」となっていない医薬品の品目数 | 177,516 | 44.4% | 41.9% |
| ⑥先発医薬品を後発医薬品に変更した医薬品の品目数 | 32,522 | 8.1% | 7.6% |
| ⑦先発医薬品を調剤した医薬品の品目数 | 144,994 | 36.2% | 34.3% |
| ⑧後発医薬品が薬価収載されていないため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数 | 63,628 | 15.9% | 14.8% |
| ⑨外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品がなかったため変更できなかった医薬品の品目数 | 3,901 | 1.0% | 0.9% |
| ⑩患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数(過去に確認済みの場合を含む) | 49,118 | 12.3% | 11.6% |
| ⑪後発医薬品名で処方された医薬品の品目数 | 55,271 | 13.8% | 20.3% |
| ⑫「変更不可」となっている医薬品の品目数 | 8,792 | 2.2% | 9.1% |
| ⑬その他(漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品)の品目名で処方された医薬品の品目数 | 20,790 | 5.2% | 4.3% |
| ⑭処方せんに記載された医薬品の品目数の合計 | 400,081 | 100.0% | 100.0% |

・平成27年7月24日(金)～7月30日(木)に取り扱った処方せん枚数及び品目数内訳について回答があった581施設を集計対象とした。581薬局のうち、期間中の処方せん枚数が不明であった薬局が2施設あったため、総処方せん枚数は579薬局分である。

・前回調査分は平成26年11月6日(木)～11月12日(水)を調査期間とし、546薬局、総処方せん164,393枚に記載された420,143品目数の内訳。

4. いわゆる門前薬局の評価の見直し

いわゆる門前薬局の評価の見直し①

いわゆる大型門前薬局の評価の見直し(特例の追加)

- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方せん集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。

【薬局グループ】 ⇒ グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超

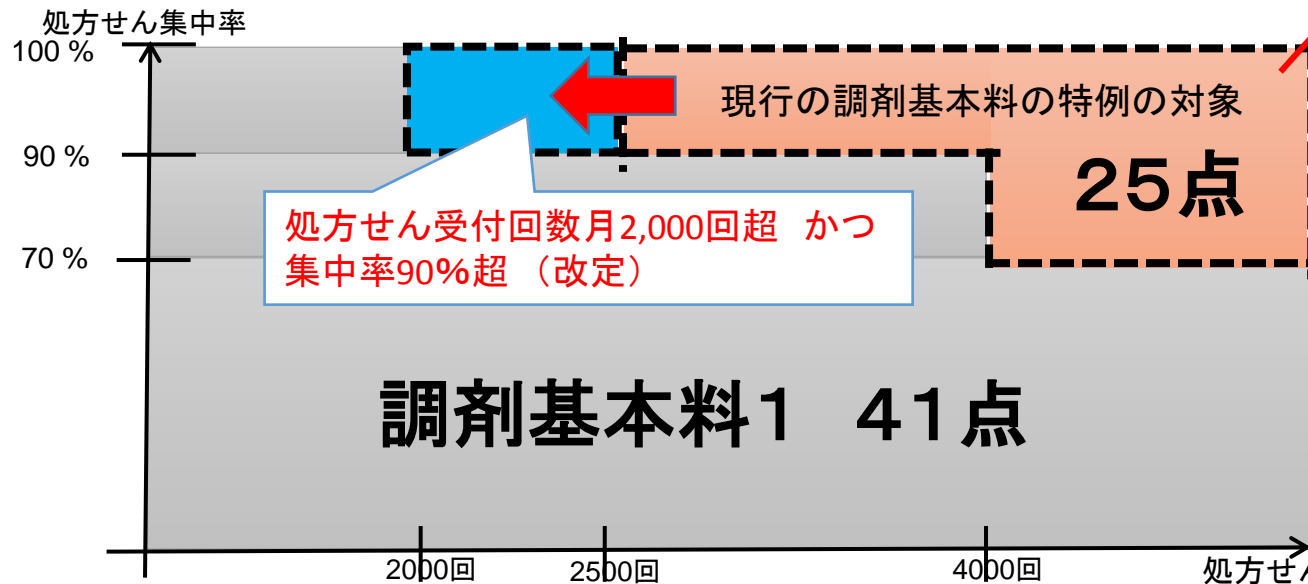


(新) 調剤基本料3 20点

- ① 処方せん集中率が95%超の薬局
- ② 特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある薬局

処方せん受付回数と集中率による特例の拡大

- 処方せん受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点

- ・処方せん受付回数月4,000回超 かつ 集中率70%超
- ・処方せん受付回数月2,500回超 かつ 集中率90%超
- ⇒ 処方せん受付回数月2,000回超 かつ 集中率90%超 (改定)

調剤基本料2 25点

- (新) 特定の医療機関からの処方せん受付回数が月4,000回超 (集中率にかかわらず対象)

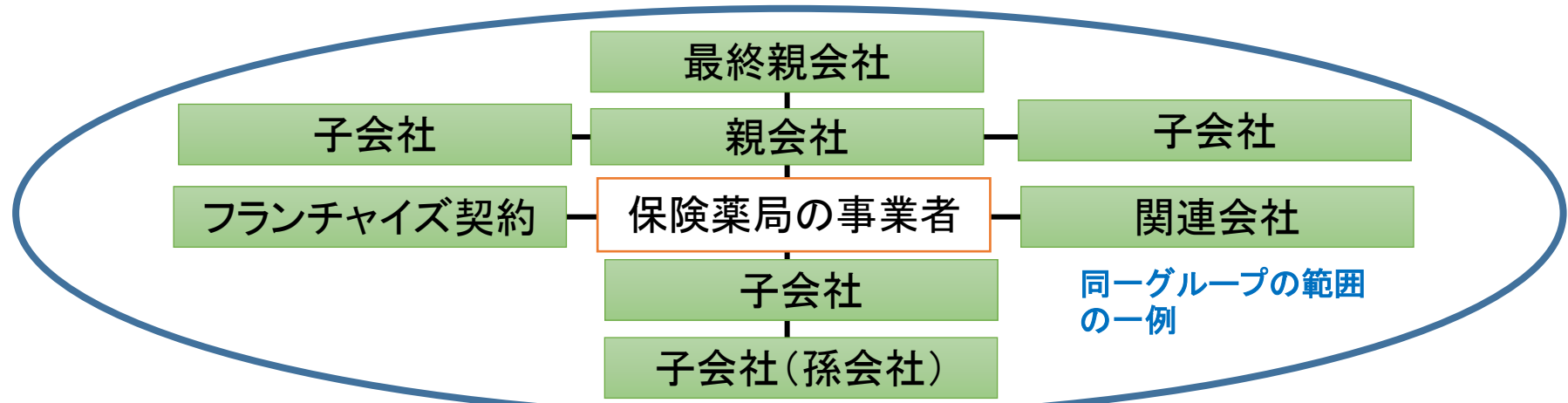
いわゆる門前薬局の評価の見直し②

調剤基本料3における同一グループの考え方

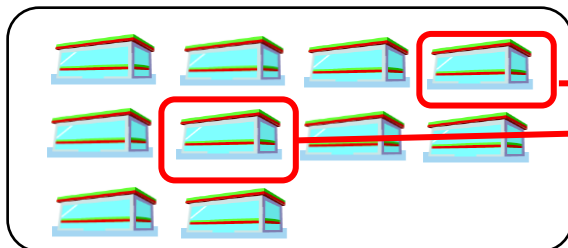
【同一グループの定義】

- 保険薬局の事業者の最終親会社等及び最終親会社等の子会社等、関連会社、フランチャイズ契約をしている者等の範囲の保険薬局（例として、下図の範囲の保険薬局）
- 親子関係等は、議決権の過半数の所有、資本金の過半数の出資、その他これらと同等以上の支配力を有するかどうかをもって判断する。最終親会社が連結財務諸表の提出会社である場合は、連結範囲の会社は同一グループとなる。
- 同一グループにおける処方せん受付回数が月4万回を超えているかどうかの判断は、2月末時点で所属している保険薬局の1月の処方せん回数(※)の合計により行う。

※前年3月～当年2月末までの処方せん受付回数を12(ヶ月)で除した値



※グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超のグループ



- ① 処方せん集中率が95%超の薬局
- ② 特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある薬局
⇒ **調剤基本料3(20点)となる**

(参考)同一グループの基準(施設基準通知)

調剤基本料

1 調剤基本料の施設基準

(4) 同一グループは次の基準により判断する。

ア 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。)とは、次に掲げる者の全ての保険薬局とする。

① 保険薬局の事業者の最終親会社等

② 保険薬局の事業者の最終親会社等の子会社等

③ 保険薬局の事業者の最終親会社等の関連会社等

③ ①から③に掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

イ アの保険薬局の事業者の最終親会社等は、保険薬局の事業者を子会社等とする者のうち、親会社等がない法人又は個人(以下「法人等」という。)をいう(カにおいて同じ。)

ウ イの親会社等は、次に掲げる者とする。

① 他の法人(株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。)の議決権の過半数を自己の計算において所有している法人等

② 他の法人(持分会社(会社法(平成17年法律第86号)第575条第1項に規定する持分会社をいう。以下同じ。)その他これに準じる形態の法人に限る。)の資本金の過半数を出資している法人等

③ 他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に掲げる者と同等以上の支配力を有すると認められる法人等

エ ア①及びイの子会社等は、次に掲げる者とする。この場合において、法人等の子会社等が次に掲げる者を有する場合における当該者は、当該法人等の子会社等とみなす。(法人等及びその子会社等が共同で次に掲げる者を有する場合における当該者を含む。)

① 法人等が議決権の過半数を所有している他の法人(株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。)

② 法人等が資本金の過半数を出資している他の法人(持分会社その他これに準じる形態の法人に限る。)

③ 法人等が、他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に規定する法人等と同等以上の支配力を有すると認められる場合における当該他の法人

オ ア③の関連会社等とは、法人等及びその子会社等が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社等以外の他の法人の財務及び営業又は事業の方針の決定に対して重要な影響を与えることができる場合(財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則(昭和38年大蔵省令第59号)第8条第6項に規定する場合をいう。)における当該子会社等以外の他の法人をいう。

カ 保険薬局の事業者の最終親会社等が連結財務諸表提出会社(連結財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則(昭和51年大蔵省令第28号)第2条第1号に規定する連結財務諸表提出会社をいう。)である場合には、当該最終親会社の連結子会社(同条第4号に規定する連結子会社をいう。)をア②に掲げる者とみなし、当該最終親会社等の関連会社(同条第7号に規定する関連会社をいう。)をア③に掲げる者とみなす。

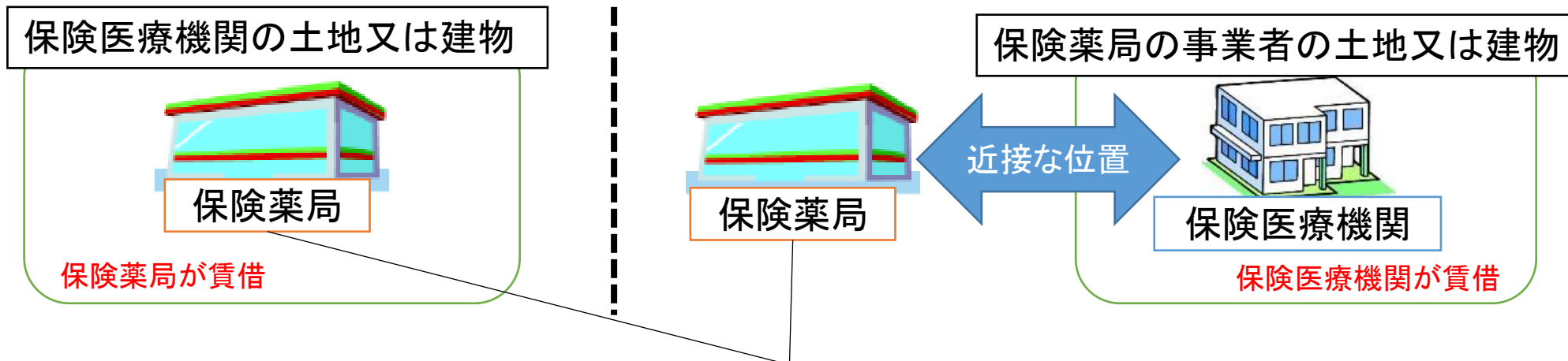
(5) (4)ウ③及びエ③における「同等以上の支配力を有すると認められる」とは、例えば、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則第8条第4項第2号及び第3号に規定する要件に該当する場合等、他の法人の意思決定機関を支配している場合等が該当するものであること。ただし、財務上又は営業上若しくは事業上の関係からみて他の法人等の意思決定機関を支配していないことが明らかであると認められる場合は、この限りでないこと。

いわゆる門前薬局の評価の見直し③

調剤基本料3における特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある保険薬局の考え方

- 賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産※の賃貸借取引を契約している場合を指す。
- 賃貸借取引がある保険薬局は次のいずれかの基準による
 - 保険薬局の土地又は建物が特定の保険医療機関の所有である場合の当該店舗
 - 保険医療機関が保険薬局の事業者から土地又は建物を賃借している場合において、保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

※不動産は土地及び建物を指し、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限る



直接不動産の賃貸借取引を契約している場合、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある保険薬局に該当する。

- 賃貸借契約の名義人として、保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者または法人の場合は当該法人の役員がなっている場合も含む

(参考)特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局の規定(施設基準通知)

調剤基本料

1 調剤基本料の施設基準

(7) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局に関して、ここでいう不動産とは、土地及び建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。また、ここでいう賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合を含むものである。

なお、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、(4)ア①から④までに定める者であるか否かにかかわらず、次のものを指すものである。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地及び建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ 保険医療機関が保険薬局の事業者(当該保険薬局の事業者の最終親会社等、(4)ア①から④までに定める者を含む。)から土地又は建物を賃借している場合において、当該保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

いわゆる門前薬局の評価の見直し④

調剤基本料の特例対象からの除外要件(かかりつけ業務の実施)

➤ 調剤基本料の特例対象薬局のうち、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている保険薬局は特例の対象から除外する。(現行の24時間開局による特例除外要件は削除)

現行

【調剤基本料の特例に関する施設基準】
24時間開局していること

改定後

【調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準】

- (1) 当該保険薬局に勤務している薬剤師の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た薬剤師であること。
- (2) 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かかる業務について相当な実績を有していること。

⇒ **薬剤師一人当たり月100件以上算定(自己負担のない患者を除く)**

※勤務している薬剤師数は常勤換算した薬剤師数を用いる

かかりつけ機能に係る業務を行っていない薬局の評価の見直し

➤ かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない保険薬局は調剤基本料を100分の50とする。(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)

[要件] ※本取扱いは平成29年4月1日から適用

下記項目の算定回数の合計が1年間(※)に10回未満の保険薬局が対象 (※前年3月～当年2月末までの期間の算定回数)

- ・調剤料の時間外加算等、夜間・休日等加算
- ・かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料
- ・外来服薬支援料、服薬情報等提供料
- ・薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算
- ・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、退院時共同指導料、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
- ・介護予防居宅療養管理指導費、居宅療養管理指導費

| 調剤基本料 | | 特例除外 (適用された場合) | 50/100減算 (適用された場合) | 基準調剤 加算 | 薬剤服用歴 管理指導料 |
|-------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| 通常 | 調剤基本料1 41点 | — | 21点 | 算定可能 (32点)※ | 50点/38点※ |
| 特例 | 調剤基本料2 25点 (従来の特例) | 基本料1 となる | 13点 | × | 50点のみ |
| | 調剤基本料3 20点 (いわゆる大型門前薬局の特例) | 基本料1 となる | 10点 | × | 50点のみ |
| | 調剤基本料4 31点 (基本料1の未妥結減算) | — | 16点 | × | 50点/38点※ |
| | 調剤基本料5 19点 (基本料2の未妥結減算) | 基本料4 となる | 10点 | × | 50点のみ |
| | 特別調剤基本料 15点 (基本料3の未妥結減算) | 基本料4 となる | 8点 | × | 50点のみ |

※100分の50減算が適用された保険薬局は、基準調剤加算は算定できず、薬剤服用歴管理指導料は50点のみとなる。

(参考)保険薬局で算定する調剤基本料の点数については、施設基準の内容に含め、地方厚生(支)局へ届け出る。

調剤基本料1～5に該当する場合に届出。届出をしない保険薬局は特別調剤基本料となる。

⇒【重要】平成28年度は4月14日までに届出が必要

調剤基本料の地方厚生(支)局への届出

- 調剤基本料を施設基準として定め、地方厚生(支)局への届出を要件とする。
- 平成28年度は4月14日までに届出が必要。

調剤基本料に係る届出内容

届出添付書類に記載が必要な事項

- ・処方せんの受付回数
- ・特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合(集中度)
- ・(新)特定の医療機関に係る処方せんの受付回数
- ・(新)グループ全体の処方せん受付回数が月4万回を超えるグループに属する保険薬局への該当性
- ・(新)特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無
- ・前年4月から9月末までの期間における妥結率(前年10月に届け出たもの)
- ・(新)調剤基本料の特例除外に該当する場合は、「調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類」

【新規指定された保険薬局の取扱い】

- ・新規指定された保険薬局(遡及指定が認められる場合を除く。)は、指定日の翌月から3か月間の処方せんの実績を基に、調剤基本料の区分を判定する。
- ・実績が判定されるまでは調剤基本料1を算定可能。ただし、次のいずれにも該当する場合は、新規指定時であっても調剤基本料3を算定する。
 - ・グループ全体の処方せん受付回数が月4万回を超えるグループに属する保険薬局に該当する
 - ・特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引がある

(参考)調剤基本料の算定告示

| | | |
|---|--------|-----|
| 1 | 調剤基本料1 | 41点 |
| 2 | 調剤基本料2 | 25点 |
| 3 | 調剤基本料3 | 20点 |
| 4 | 調剤基本料4 | 31点 |
| 5 | 調剤基本料5 | 19点 |

それぞれの要件は
施設基準告示で規定

注1 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、調剤基本料本文の規定にかかわらず、当該基準に係る区分に従い、調剤基本料1又は調剤基本料4により算定する。

上記調剤基本料を算定するためには届出が必要

特例対象となるいわゆる
門前薬局に対する
特例除外の規定

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。

届出をしない場合は
特別調剤基本料を算定する旨の規定

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、処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く

かかりつけ機能に係る業務を行っていない場合の減算の規定

(参考)平成28年度改定に伴う調剤基本料判定フロー

同一グループ※の保険薬局の処方せん受付回数の合計が
月4万回超のグループに属する保険薬局に該当する

YES

NO

※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

次のいずれかに該当する

- ①集中度95%超
- ②特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある

YES

NO

- 妥結率50%超
調剤基本料3 20点
- 妥結率50%以下
特別調剤基本料(届出不要)
15点

フローにかかわらず以下の要件を届け出た保険薬局は調剤基本料1(妥結率50%超の場合)又は4(妥結率50%以下の場合)を算定する

- ①勤務している保険薬剤師の5割がかりつけ薬剤師指導料の施設基準の届出を行っている
- ②保険薬剤師一人あたり月100回以上かかりつけ薬剤師指導料(包括管理料)を算定

次のいずれかを満たす

- ①処方せん受付回数月4,000回超かつ集中度70%超
- ②処方せん受付回数月2,000回超かつ集中度90%超
- ③特定の保険医療機関からの処方せん受付回数月4,000回超

YES

NO

- 妥結率50%超
調剤基本料2 25点
- 妥結率50%以下
調剤基本料5 19点

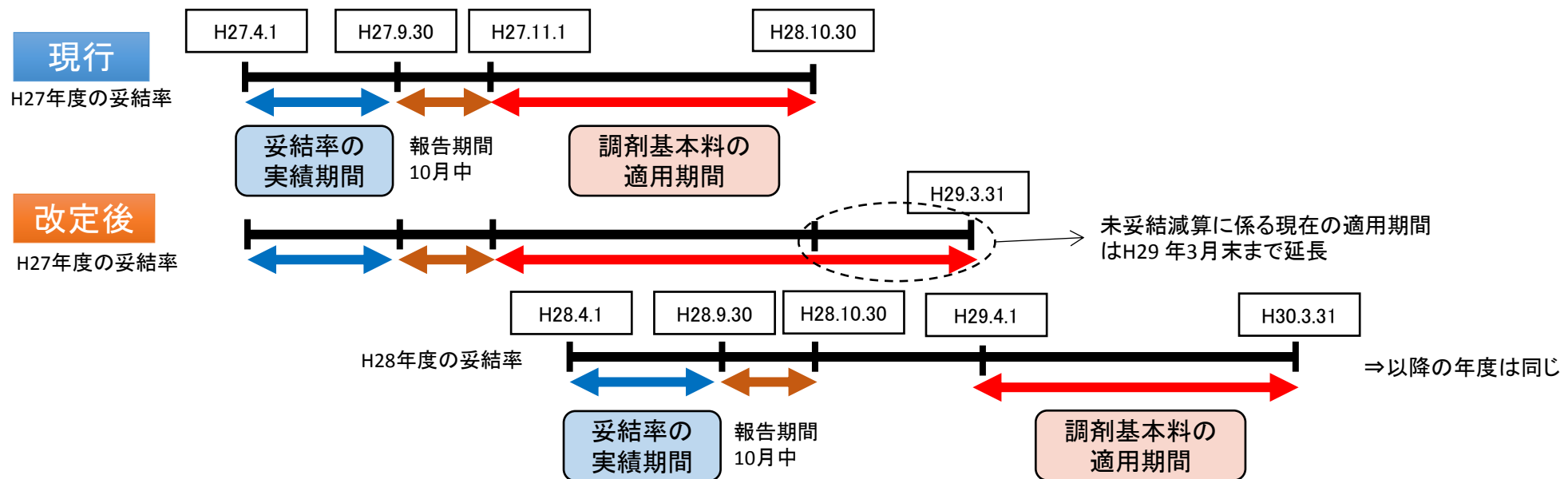
- 妥結率50%超
調剤基本料1 41点
- 妥結率50%以下
調剤基本料4 31点

| | 基準調剤加算 | 薬剤服用歴管理指導料1 |
|--------|--------|-------------|
| 調剤基本料1 | ○ | ○ |
| 調剤基本料4 | × | ○ |
| 上記以外 | × | × |

妥結率の報告に係る取扱いの変更

妥結率の報告に伴う調剤基本料の適用時期の変更

- ▶ 妥結率については、現行どおり、4月から9月までの期間における妥結率を10月中に地方厚生（支）局へ報告するが、妥結率が低い場合（妥結率が50%以下）の調剤基本料の引き下げについては、翌年4月1日から適用する。（※医療機関の取扱いは従来どおり当年11月1日から適用）

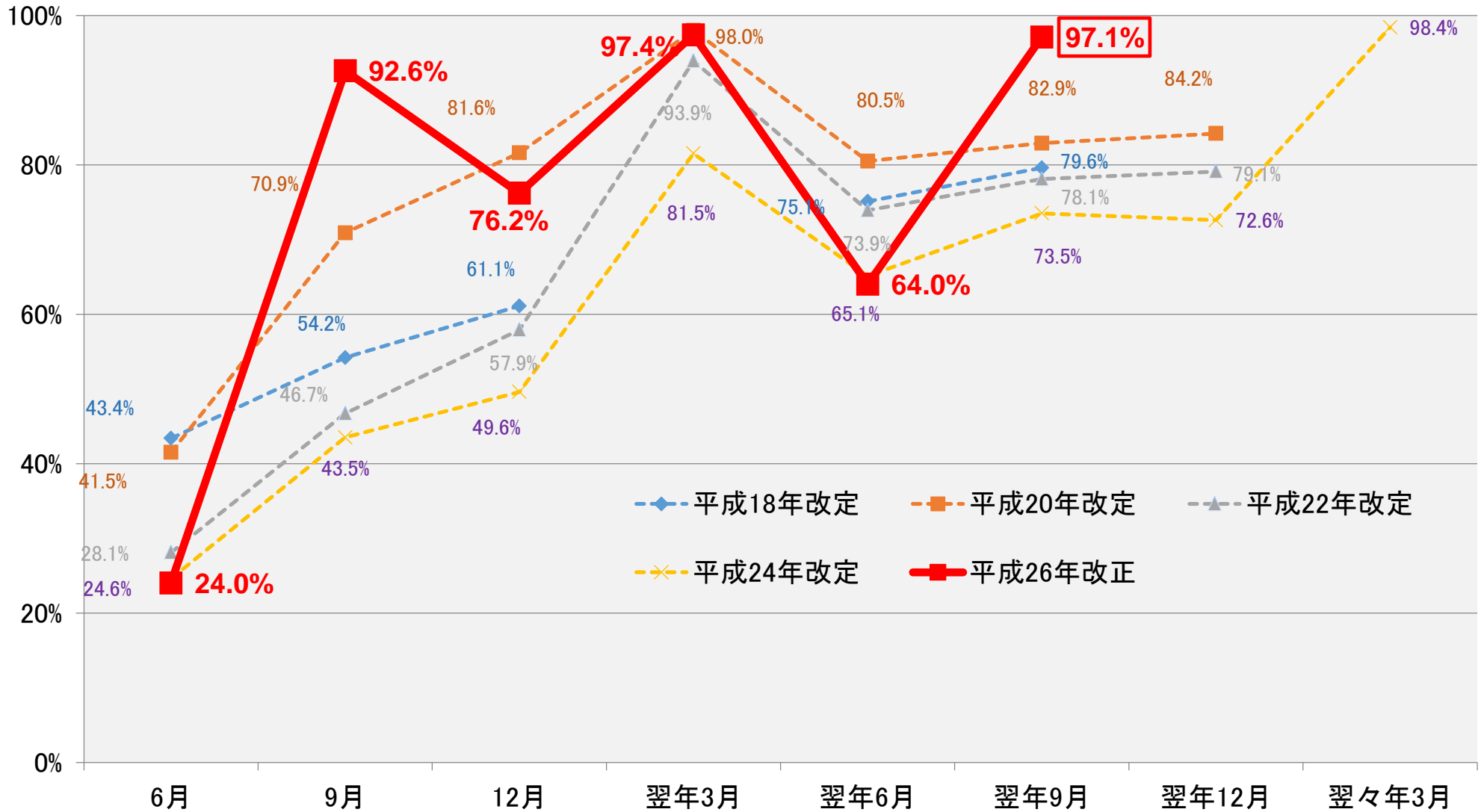


妥結率の報告時の添付書類の見直し

- ▶ 薬局グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超のグループに属する保険薬局以外の保険薬局は、妥結率の報告時に妥結の根拠となる書類の添付を不要とする。（当該資料は薬局で保管）

妥結率の推移

(平成18-19, 20-21, 22-23, 24-25, 26-27年度)

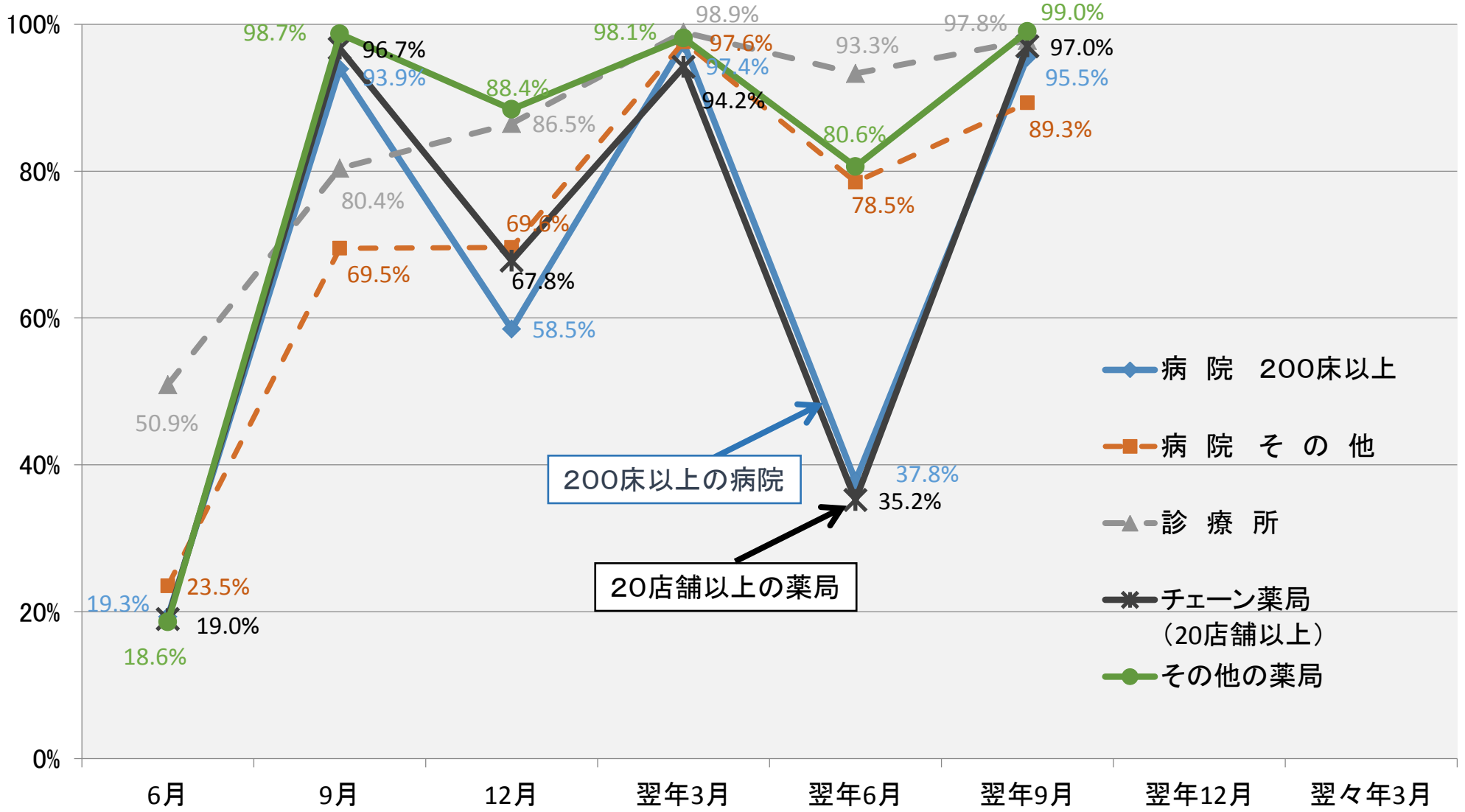


(注) 平成18年改定時の調査は、18年7月、18年10月、翌年1月、翌年7月、翌年10月に実施。
「翌々年3月」については、平成24年度改定分においてのみ実施

データ
厚生労働省

妥結率の推移

(平成26-27年度 医療機関・薬局区分別)



5. その他の調剤報酬改定項目

ICTを活用したデータの収集・利活用

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- 診療情報提供書、**服薬情報等提供文書**等の診療等に要する文書(これまで記名・押印を要していたもの)を、電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。

＜服薬情報等提供料の留意事項通知＞

電子的方法によって、個々の患者の服薬に関する情報等を保険医療機関に提供する場合は、厚生労働省「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)を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤(HPKI: Healthcare Public Key Infrastructure)による電子署名を施すこと。

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正

明細書無料発行の推進

- 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、対象外となっていることから、以下の対応を行う。 ※ 400床未満の病院・診療所は経過措置あり(400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化)

- ① 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、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。

※ 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正

- ② 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。

保険者への通知義務

- 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。 ※保険医療機関及び保険医療養担当規則と同様の内容を規定

現行

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号)

第七条 保険薬局は、患者が詐欺その他不正行為により療養の給付を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

改定後

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号)

第七条 保険薬局は、患者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

- 一 正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。
- 二 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

薬局における患者への情報提供

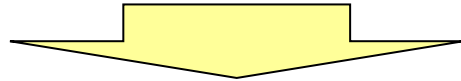
- 患者が薬局における業務内容及びその費用が理解できるよう、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、利点等を含め、患者に対する丁寧な情報提供を推進する。

〈留意事項通知(通則)〉

保険薬局は、患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、調剤報酬点数表の一覧等について、薬剤を交付する窓口等、患者が指導等を受ける際に分かりやすい場所に掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。

現行

- 保険医療機関と保険薬局は、「一体的な構造」「一体的な経営」であってはならないとされている。
- 「一体的な構造」とは、「公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態」とされており、公道等を介することを求めた結果、フェンス等を設置する運用が見られている。



「保険薬局の独立性と患者の利便性の向上の両立」を図る観点から見直し

改正案

- 「一体的な構造」の解釈を改め、公道等を介することを一律に求める運用を改めることとする。(通知改正で対応)
→ 原則、保険医療機関と保険薬局が同一敷地内にある形態も認める。
- ただし、保険医療機関の建物内に保険薬局がある形態(「院内薬局」)や、両者が専用通路で接続されている形態は引き続き認めない。
- また、保険医療機関と同一敷地内に保険薬局がある形態であっても、
 - ・当該薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの
 - ・当該医療機関の休診日に、公道等から当該薬局に行き来できなくなるもの
 - ・実際には、当該医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの 等は認めない。

※ こうした事例に該当するかどうかは、現地の実態を踏まえ、地方社会保険医療協議会において必要な検討をした上で地方厚生局において判断。
- さらに、保険薬局の「経営上の独立性」の確保の実効ある措置として、指定の更新時に、不動産の賃貸借関連書類や当該薬局の経営に関する書類など、「一体的な経営」に当たらないことを証明する書類の提出を求める。
- なお、円滑な施行のため、一定の周知期間を設ける。

「規制改革実施計画」（平成 27 年 6 月 30 日 閣議決定）（抄）

（2）個別措置事項

① 医薬分業推進の下での規制の見直し

保険薬局の独立性と患者の利便性向上の両立【平成27年度検討・結論、平成28年度措置】

医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。

現行の法令・通知の規定

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第2条の3 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。

- 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと。
 - 二 保険医療機関又は保険医に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示 等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与すること。
- 2 前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

【解釈】(平成8年医療課長通知) 「一体的な構造」の解釈

「この場合において、保険医療機関と一体的な構造とは、保険薬局の土地又は建物が保険医療機関の土地又は建物と分離しておらず、公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来するような形態のものをいうものであること。」

【解釈】(平成8年医療課長通知) 「一体的な経営」の解釈

「保険医療機関と一体的な経営を行う場合とは、(2)のまた以下に該当する場合等保険医療機関と保険薬局が一定の近接的な位置関係にあり、かつ、次のアからエまでに規定するような経営主体の実質的同一性が認められる場合又は機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合を指すものであること。

ア 保険薬局の開設者(法人たる保険薬局の役員を含む。)が当該保険医療機関の開設者(特定保険医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。)又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者であるもの。

イ 保険薬局の開設者と保険医療機関の開設者の間の資本関係が実質的に同一であるもの(法人の場合にあっては当該法人の役員が経営するものを含む。)

ウ 職員の勤務態勢、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経営事務等が特定保険医療機関と明確に区分されていないもの。

エ 特定の保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等が行われているもの。

6. 地方厚生局への届出と報告

特掲診療料の施設基準等の告示で届出が必要な項目

▶ 特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）

は、地方厚生局に届出が必要な項目。

| 第十五 調剤 | 届出(報告)日 | 届出内容、届出様式 |
|---|----------------------------|--|
| 一 調剤基本料の施設基準 (1) 調剤基本料1の施設基準 (2) 調剤基本料2の施設基準 (3) 調剤基本料3の施設基準 (4) 調剤基本料4の施設基準 (5) 調剤基本料5の施設基準 | 平成28年4月 毎年7月(報告) | <ul style="list-style-type: none"> 「処方せんの受付回数」「特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」「グループ全体の処方せん受付回数」「前年4月～9月末までの受結率」等 通知*の第2の4に基づき適用。 |
| 二 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準(特例除外) | 毎年7月(報告) | <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ薬剤師指導料等の算定状況等。 通知*の第2の4に基づき適用。 |
| 三 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実施していない保険薬局) | — | — |
| 四 基準調剤加算の施設基準 | 平成28年4月 毎年7月(報告) | <ul style="list-style-type: none"> 届出時の「直近1年間の在宅の実績」「直近3ヶ月間の後発医薬品の調剤割合」「特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」等。 通知*の第2の4に基づき適用。 |
| 五 後発医薬品調剤体制加算の施設基準 (1) 通則 (2) 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準 (3) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準 | 平成28年4月 毎年7月(報告) | <ul style="list-style-type: none"> 届け出時の直近3ヶ月間の後発医薬品の調剤割合。 通知*の第2の4に基づき適用。 |
| 六 無菌製剤処理加算の施設基準 | 毎年7月(報告) | <ul style="list-style-type: none"> 無菌処理施設、設備の状況等。 通知*の第2の4に基づき適用。 |
| 七 自家製剤加算の除外規定薬剤 | — | — |
| 八 在宅患者調剤加算の施設基準 | 毎年7月(報告) | <ul style="list-style-type: none"> 届け出時の直近1年間の在宅業務の実績等。 通知*の第2の4に基づき適用。 |
| 九 在宅患者調剤加算の対象患者 | — | — |
| 十 特定薬剤管理指導加算の対象薬剤 | — | — |
| 十一 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 | 平成28年4月 毎年7月(報告) | <ul style="list-style-type: none"> 届け出時点において、要件を満たす薬剤師の配置。 通知*の第2の4に基づき適用。 |
| 十二 退院時共同指導料の特別規定患者 | — | — |
| 十三 在宅患者重複投薬・相互作用 | — | — |

施設基準の届出

以下の項目については、平成28年4月以降に当該点数を算定するために届出が必要
(平成28年3月31日において現に当該点数を算定している保険薬局も届出が必要)

➤ 新たに施設基準が創設されたもの

調剤基本料 1、2、3、4 又は 5

調剤基本料の特例除外 (注1のただし書に規定する届出)

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

➤ 施設基準が改正されたもの

基準調剤加算

後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2

施設基準の届出について

お願い

- 平成28年4月1日から算定を行うためには、**平成28年4月14日(木曜日)必着**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますのでご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。



平成28年度診療報酬改定の概要

1. 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価
2. 外来化学療法加算の評価の見直し
3. 無菌製剤処理料の評価の見直し
4. 医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大
5. その他

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

| 現行 | |
|-----------------|------|
| 病棟薬剤業務実施加算(週1回) | 100点 |



| 改定後 | |
|-------------------------------|------------|
| 病棟薬剤業務実施加算1(週1回) | 100点 |
| (新) 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき) | 80点 |



[病棟薬剤業務実施加算2の主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。
- ③ 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1週間につき20時間以上病棟薬剤業務を実施していること。

- 併せて、薬剤管理指導料の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合(430点)」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合(325点)」に統合する。

| 現行 | |
|---|------|
| 【薬剤管理指導料】 | |
| 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 | 430点 |
| 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合(1に該当する場合を除く。) | 380点 |
| 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 | 325点 |



| 改定後 | |
|---------------------------------------|------|
| 【薬剤管理指導料】 | |
| (削除) | |
| 1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 | 380点 |
| 2 1の患者以外の患者に対して行う場合 | 325点 |

ICUにおける薬剤師の役割について

ICUにおける安全管理指針検討作業部会（報告書）

- ICUにおける医薬品の取扱いにあたっては、薬剤師を管理責任者とし、薬剤管理の権限と責任を明確化すること。
 - ・本来は薬剤師がICU内に常時勤務することが望ましいが、関与の方法によっては、薬剤部の薬剤師による関与でも可能とすること。
 - ・薬剤師の関与の方法としては、例えば処方内容を含めた治療計画への関与や、ICUを薬剤師が朝夕訪れ、薬剤投与の適切性の確認や在庫管理等を行うことが考えられる。

日本集中治療医学会による集中治療部設置のための指針

- 集中治療部における薬剤管理・薬剤調整などに関与する薬剤師が集中治療部内に勤務することが望ましい。

諸外国におけるガイドライン等

[ICU設置のためのガイドライン(American College of Critical Care Medicine)]

- ・専門医、薬剤師、呼吸器等のセラピスト、栄養士、福祉サービス等の専門家、牧師その他多職種によるチーム医療の提供により、医療の質は向上することが示されている。

[ICUにおける基本的な要件に関する提言(European Society of Intensive Care Medicine; Working Group on Quality Improvement)]

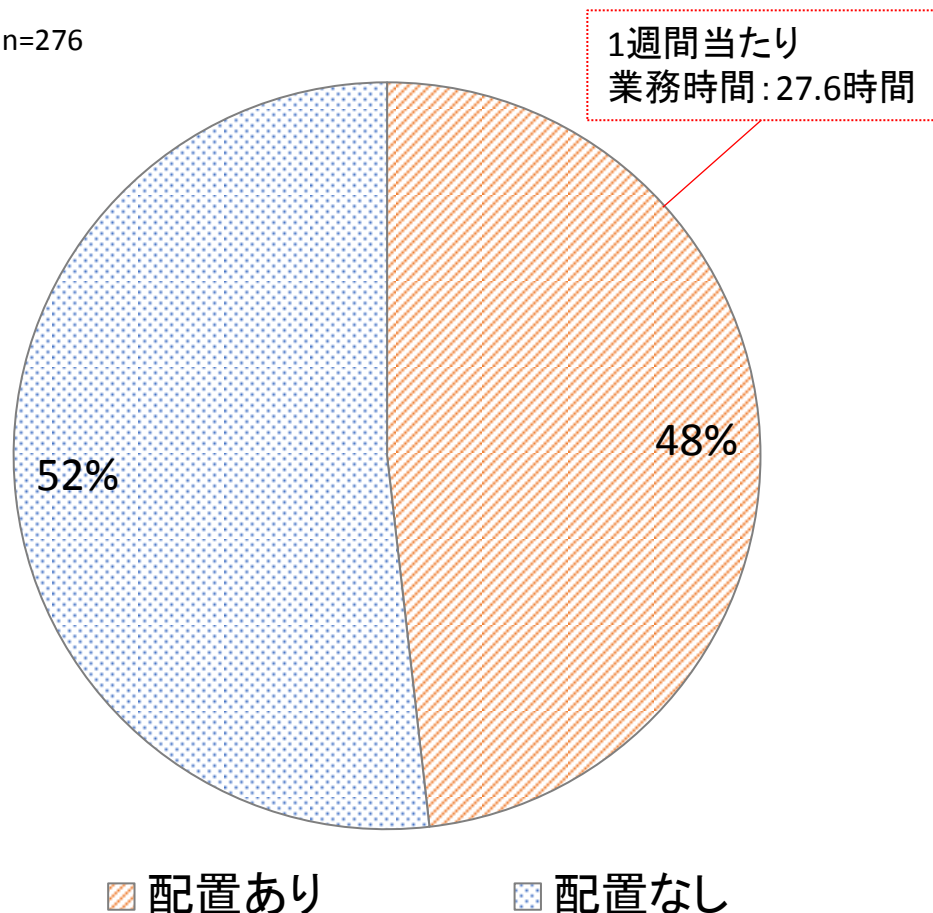
- ・通常の営業時間内は、薬剤師へのコンサルテーションが可能な体制であるべきである。薬事との十分な連携は、患者の安全性を考慮するに当たり特に重要なものである。

特定集中治療室管理料における薬剤師の配置状況

- 約半数のICUでは、専任の薬剤師を配置していた。
- ICUでの薬剤師の業務としては、医薬品安全情報等の周知や投薬状況の把握等多彩であった。

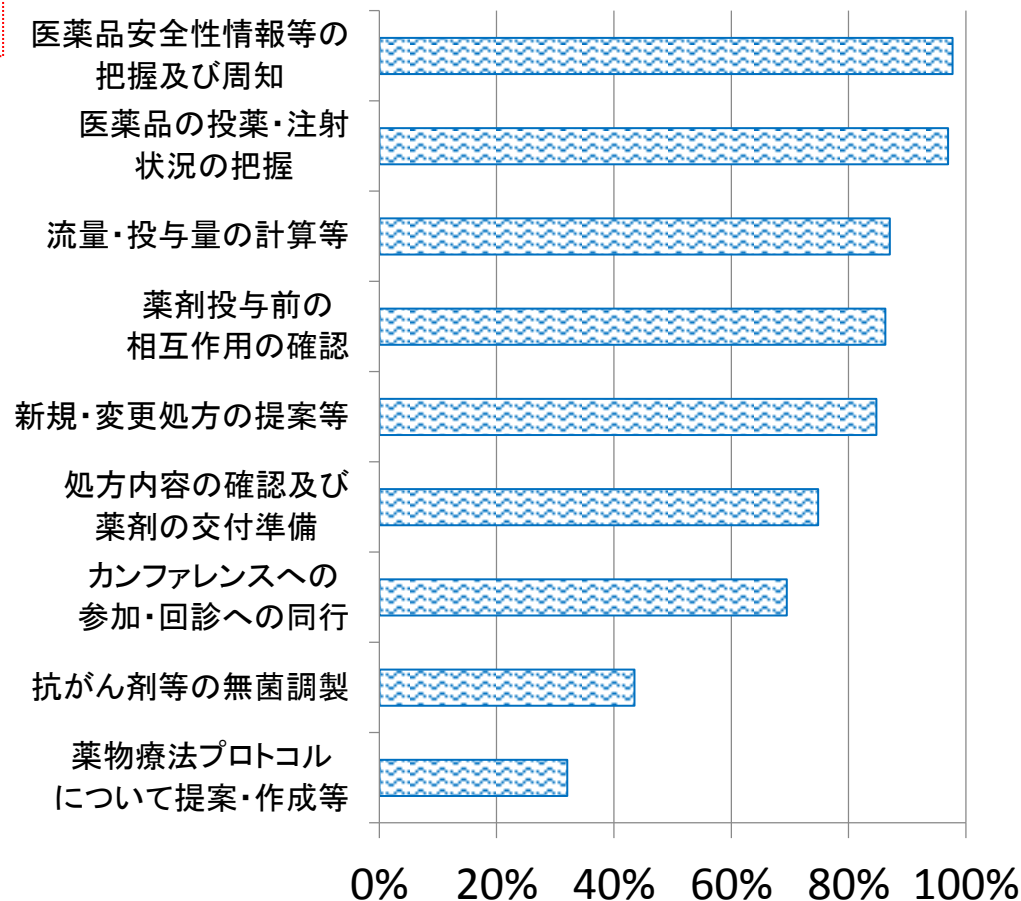
<薬剤師の専任配置>

n=276



<薬剤師が実施している業務>

n=131

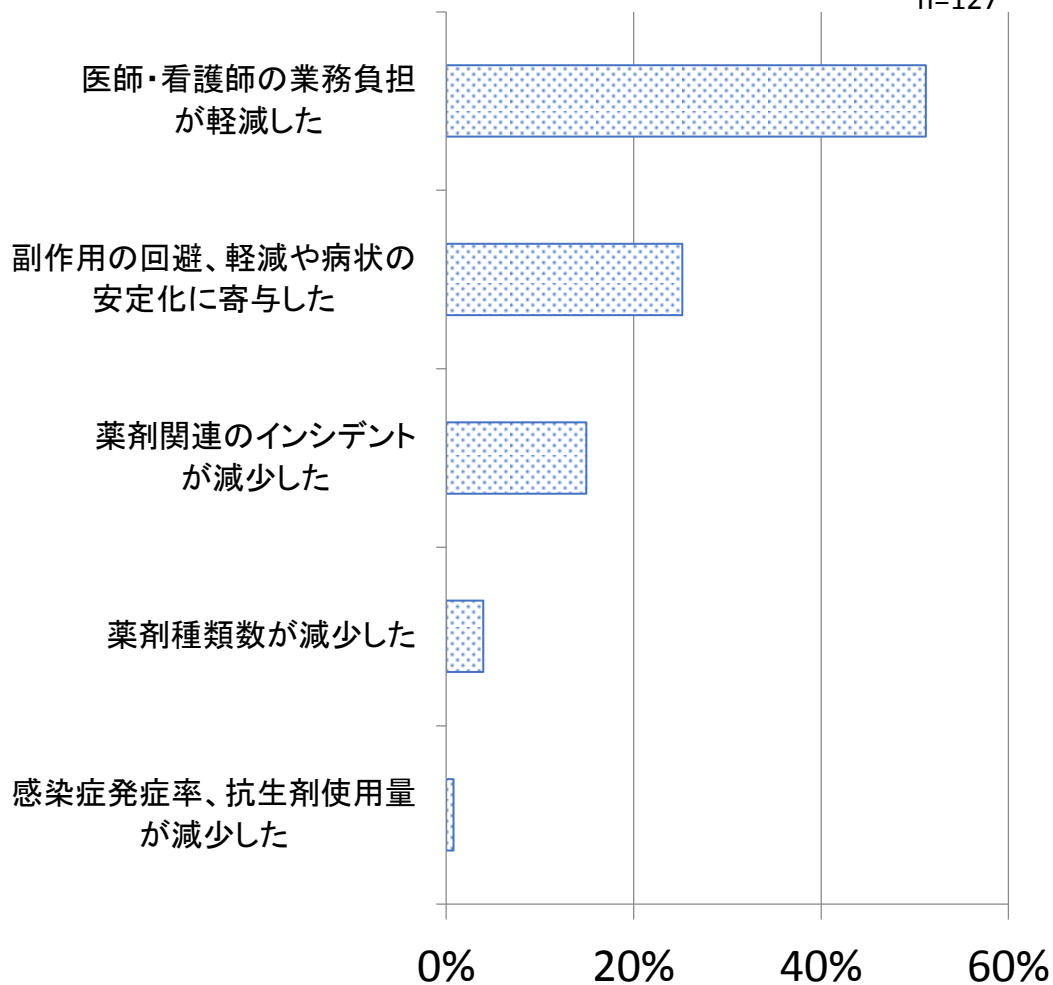


ICUにおける薬剤師配置の効果①

- 薬剤師配置による効果として、「医師・看護師の業務負担軽減」「副作用の回避や病状安定化への寄与」「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられた。
- ICU等に薬剤師を配置した施設において、配置後に薬剤関連インシデントが減少したとの報告がある。

＜薬剤師配置による効果＞

n=127



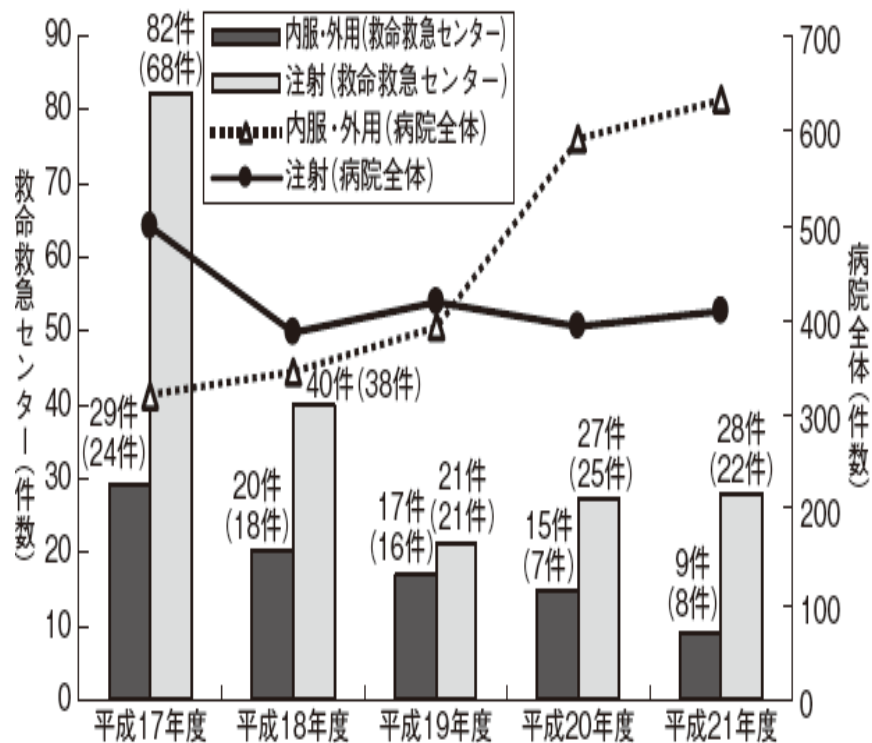
(参考)

＜薬剤師配置による効果＞

～高知医療センターの事例～

[対象]: ICU(8床)、CCU(4床)、HCU(8床)

[介入]: 平成17年3月以降薬剤師(2～3名)を常駐し、薬剤関連インシデントに対する対策の検討等を実施。



() は看護師がかかわったインシデント件数を示す

ICUにおける薬剤師配置の効果②

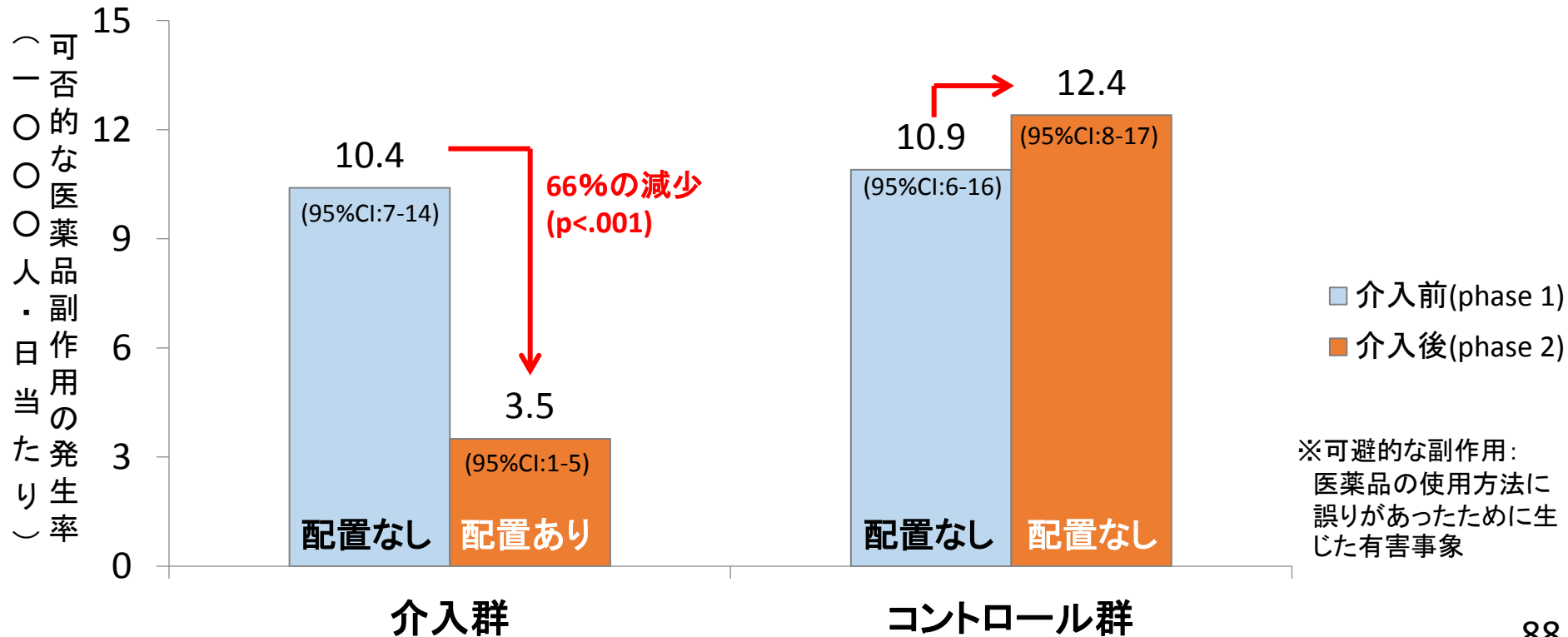
[方法]
・対象群(ICU)における介入前後の可否的な医薬品副作用の発生率を比較

[調査対象者]
・1993年2月1日～7月31日(phase 1)及び1994年10月1日～1995年7月7日(phase 2)の期間の入院患者から対象を無作為に抽出
・介入群: phase 1; 75人(787人・日)、phase 2; 75人(861人・日) ・コントロール群: phase 1; 50人(461人・日)、phase 2; 75人(644人・日)

[介入]
・介入群(ICU)で、phase 2の期間に薬剤師の配置(午前のみ; 回診への同行、コンサルテーション等を実施)及び日中のオンコール対応を実施
・コントロール群(CCU)では、phase 1・2ともに薬剤師の配置は行われなかった

[結果]
・コントロール群では両期間の可否的な医薬品副作用の発生率に明らかな違いはみられなかったが、介入群では有意な発生率の低下がみられた。

<可避的な副作用※の発生率(1,000人・日当たり)>



外来化学療法加算の評価の見直し

外来化学療法加算の評価の見直し

- 外来化学療法を更に推進する観点から、外来化学療法加算（8項目）について、点数の引き上げを行う。

【現行】

| 外来化学療法加算1 | | |
|---------------|--------|------|
| (1) 外来化学療法加算A | ①15歳未満 | 780点 |
| | ②15歳以上 | 580点 |
| (2) 外来化学療法加算B | ①15歳未満 | 630点 |
| | ②15歳以上 | 430点 |
| 外来化学療法加算2 | | |
| (1) 外来化学療法加算A | ①15歳未満 | 700点 |
| | ②15歳以上 | 450点 |
| (2) 外来化学療法加算B | ①15歳未満 | 600点 |
| | ②15歳以上 | 350点 |

【改定後】

| 外来化学療法加算1 | | |
|---------------|--------|-------------|
| (1) 外来化学療法加算A | ①15歳未満 | 820点 |
| | ②15歳以上 | 600点 |
| (2) 外来化学療法加算B | ①15歳未満 | 670点 |
| | ②15歳以上 | 450点 |
| 外来化学療法加算2 | | |
| (1) 外来化学療法加算A | ①15歳未満 | 740点 |
| | ②15歳以上 | 470点 |
| (2) 外来化学療法加算B | ①15歳未満 | 640点 |
| | ②15歳以上 | 370点 |



無菌製剤処理料の評価の充実

無菌製剤処理の評価

- 抗がん剤への被曝防止等の観点から、閉鎖式接続器具を用いた無菌製剤処理の対象薬剤を拡大するとともに、実勢価格を踏まえて評価の見直しを行う。

| 現行 | |
|--|--------------|
| 無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (1) 揮発性の高い薬剤の場合 (2) (1)以外の場合 | 150点 100点 |
| ロ イ以外の場合 | 50点 |
| [算定要件(抜粋)] | |
| <ul style="list-style-type: none"> 無菌製剤処理料1のイの(1)に規定する揮発性の高い薬剤とは、次に掲げる成分を含有する製剤である。 イホスファミド、シクロホスファミド、ベンダムスチン塩酸塩 安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましいこと。 | |



| 改定後 | |
|---|-------------|
| 無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 <u>(薬剤による区別を削除)</u> | <u>180点</u> |
| ロ イ以外の場合 | <u>45点</u> |
| [算定要件(抜粋)] | |
| <ul style="list-style-type: none"> <u>安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。</u> | |

閉鎖式接続器具の例)

バイアル用接続器具: バイアルの内外の差圧を調節することにより薬剤の飛散を防止する。



医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大

医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大

- ▶採算性等の問題で企業治験が行われませんが、臨床の現場で必要性の高い医薬品を患者に届けるために実施される医師主導治験について、治験医師・医療機関の負担を更に軽減するため、保険外併用療養費の支給対象を拡大する。

○医師主導治験における保険外併用療養費の給付範囲

| | | | 保険給付の対象 | 保険給付の対象外 | | |
|-------|----|------|------------|------------|---------------------|--|
| 基本診療料 | 検査 | 画像診断 | 治験薬 (投薬) | 治験薬 (注射) | 処置 手術 麻酔 等 | |
| | | | 同種同効薬 (投薬) | 同種同効薬 (注射) | | |
| | | | その他の投薬 | その他の注射 | | |

医薬品の医師主導治験については、
同種同効薬の投薬・注射に係る費用も
保険外併用療養費の支給対象とする。

(例) 卵巣がんを対象とした医師主導治験

| 治験薬 | テムシロリムス |
|-----|-----------------------------------|
| 併用薬 | カルボプラチン パクリタキセル (卵巣がんに適応あり) |

既に適応を有して保険適用され、治験薬に併用される同種同効薬について、今後は保険外併用療養費の支給対象となる。

医薬品の適正給付

湿布薬の適正給付

- 一度に多量の湿布薬が処方される例が一定程度あり、地域によっても状況が様々であることから、医薬品の適正給付の観点から、湿布薬の取扱いを見直す。

現行

【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】
(新設)

【投薬 薬剤料】
(新設)

改定後

【投薬 調剤料・処方料・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、1処方につき 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合には算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

【投薬 薬剤料】

入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

※対象となる「湿布薬」は、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤をいう。(ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)

- 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

＜処方せん等への記載例＞以下のいずれでもよい。

例1 Mパップ 28枚 (1日2枚×14日)

例2 Mパップ 28枚 (14日分)

例3 Mパップ 28枚 (1日2枚)

医薬品の保険給付に関する指摘①

○「経済財政運営と改革の基本方針2015」(平成27年6月30日閣議決定、関係部分抜粋)

第3章 「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化)

市販品類似薬に係る保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、患者や医療現場への影響等を考慮しつつ、見直しを検討する。

○「規制改革実施計画」(平成27年6月30日閣議決定、関係部分抜粋)

II 分野別措置事項

1. 健康・医療分野

(2) 個別措置事項

② 医薬品に関する規制の見直し

市販品と類似した医療用医薬品(市販品類似薬)の保険給付の在り方等の見直し

- ・ 市販品類似薬を含めた医療用医薬品の給付及び使用について、残薬削減等による保険給付の適正化の観点から次期診療報酬改定に向けて方策を検討し、結論を得る。その際、特に市販品類似薬については負担の不公平が生じやすいとの指摘を踏まえ、実効性のある適正給付の在り方を検討する。【平成27年度検討・結論】
- ・ これまでの診療報酬改定で対応したビタミン剤とうがい薬の医療費適正化の検証として、例えば医療機関別、地域別等の観点から給付額の増減について調査を行い、結果を公表する。【平成27年度措置】

○社会保障審議会医療保険部会での指摘

第90回医療保険部会(平成27年10月21日開催)

議題2 当面の医療保険部会の主要な事項に関する議論

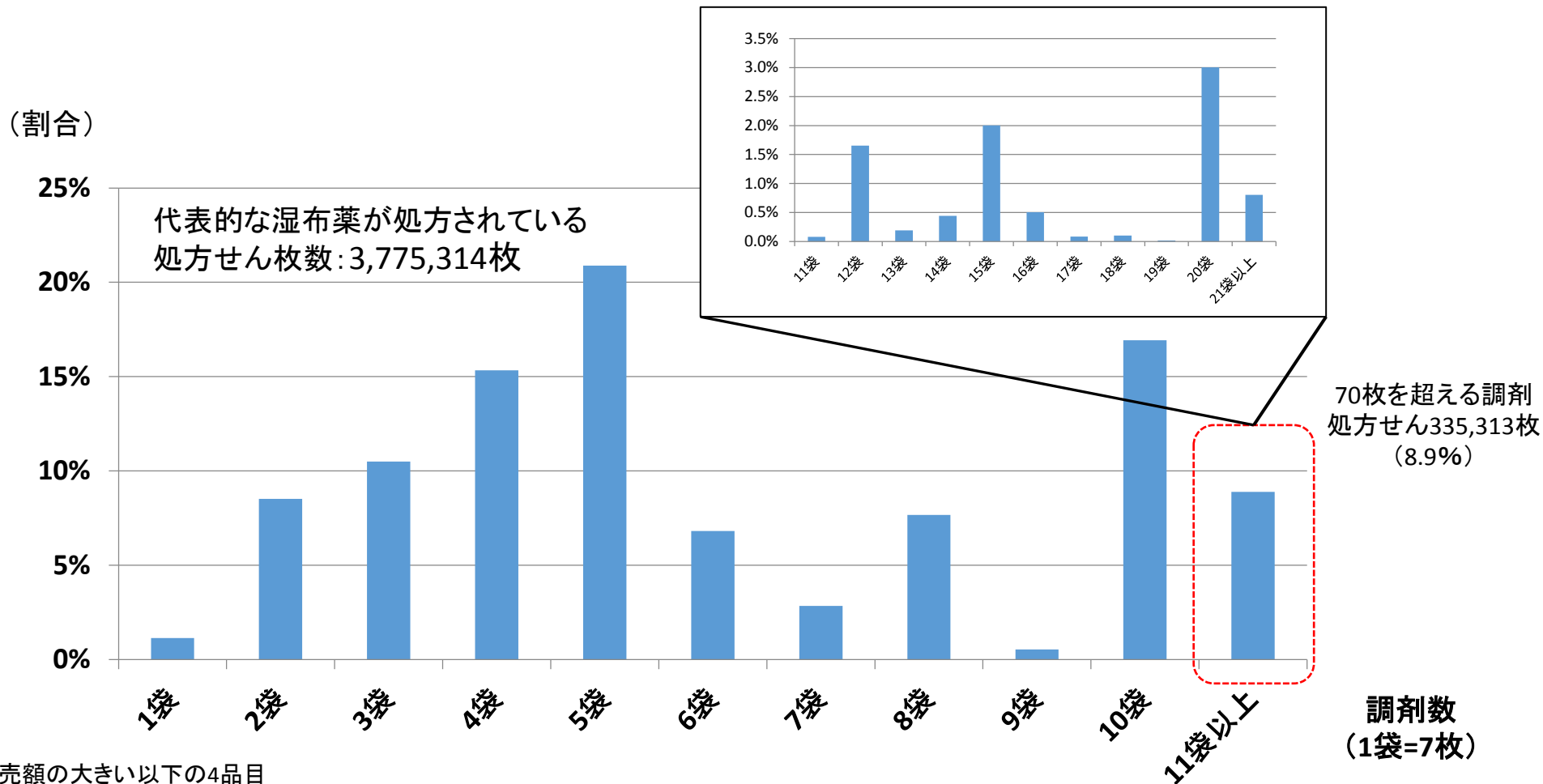
(骨太の方針「経済・財政再生計画」の改革工程の具体化)について

委員からの指摘(要旨)

- 市販品類似薬については、これまで、うがい薬やビタミン剤の一部を保険適用から外してきたが、これは本格的に進めていくべきではないか。
- これまでも湿布薬等については保険適用から外すことを検討すべきだと主張してきているが、場合によっては処方日数の制限のようなことも含めて考えていくべきではないか。

○ 1回の処方で湿布薬が70枚(10袋)を超えて調剤される例が一定数存在する。

代表的な湿布薬※の処方せん1枚当たり調剤数量の分布(%)

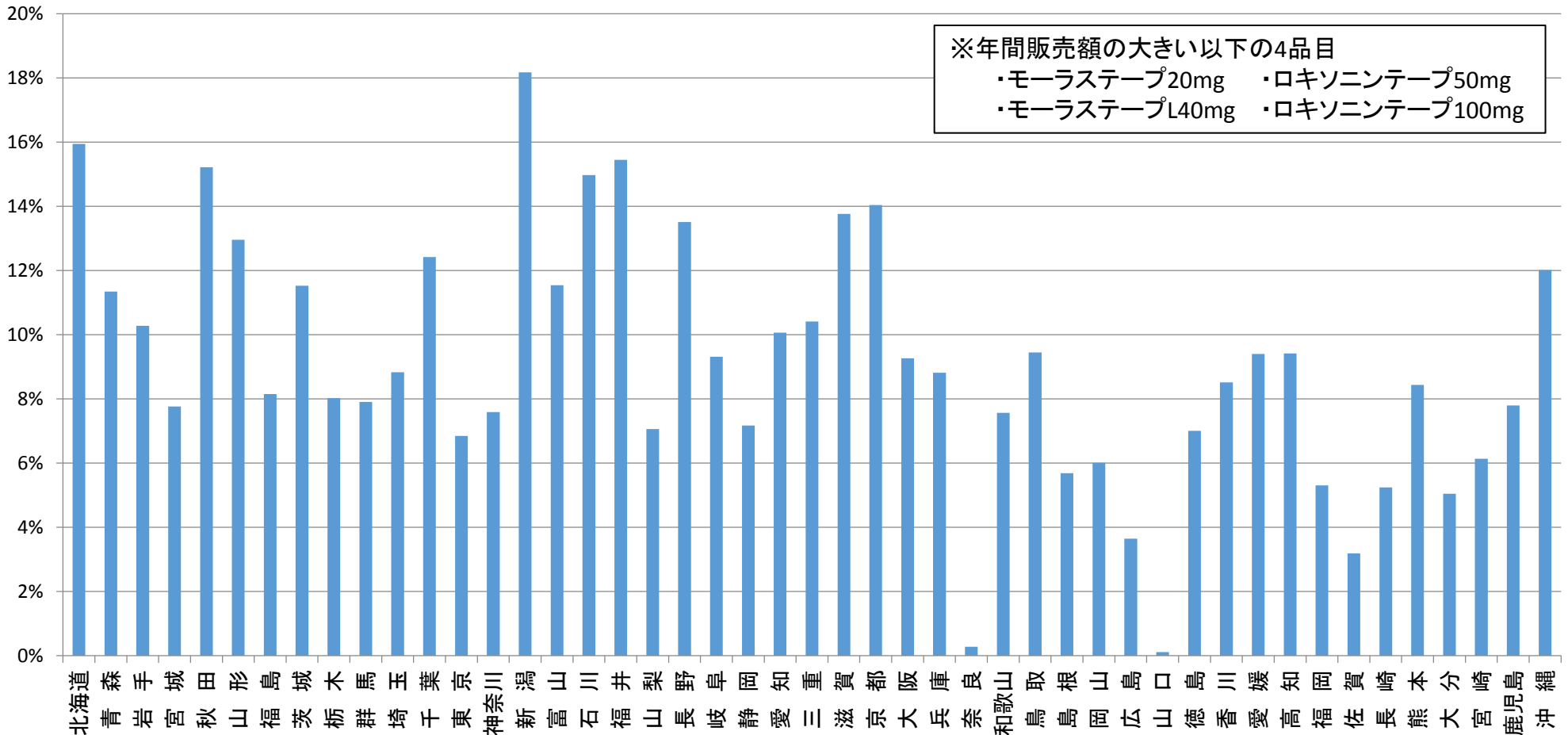


※年間販売額の大きい以下の4品目
 ・モーラステープ20mg ・ロキソニンテープ50mg
 ・モーラステープL40mg ・ロキソニンテープ100mg

○ 1回の処方で湿布薬が70枚(10袋)を超えて調剤されている状況は、都道府県によって様々である。

代表的な湿布薬※が処方された処方せんのうち
70枚を超えて調剤された処方せんの割合(%)

(割合)



※年間販売額の大きい以下の4品目
 ・モーラステープ20mg ・ロキソニンテープ50mg
 ・モーラステープL40mg ・ロキソニンテープ100mg

在宅薬剤管理指導業務の推進

再掲

在宅薬剤管理指導業務における疑義照会の評価

- ▶在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価。

(新) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点

[主な算定要件]

- (1) 対象は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導を行っている患者とする。
- (2) 薬剤服用歴等に基づき重複投薬、相互作用の防止等の目的で疑義照会を行い、処方内容が変更になった場合に算定できる。
- (3) 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。(別途、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能。)

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

- ▶保険薬剤師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。
- ▶同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、**1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できる**ようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- ▶医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

- 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
 - 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響（一般病棟入院基本料の施設基準の見直しが平均在院日数に与える影響を含む）
 - 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
 - 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響
 - 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、**医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。**
- DPCにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
- 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
- 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行・地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。
- 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。**

平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

9. 医薬品・医療機器の評価の在り方に費用対効果の観点を試行的に導入することを踏まえ、本格的な導入について引き続き検討すること。
あわせて、著しく高額な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合の考え方について検討すること。
10. 患者本位の医薬分業の実現のための取組の観点から、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる門前薬局の評価の見直し等、薬局に係る対物業務から対人業務への転換を促すための措置の影響を調査・検証し、調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。
11. 後発医薬品に係る数量シェア80%目標を達成するため、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進について検討すること。
12. ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果について調査・検証すること。
13. 経腸栄養用製品を含めた食事療養に係る給付について調査を行い、その在り方について検討すること。
14. 在宅自己注射指導管理料等の評価の在り方について引き続き検討すること。
15. 未承認薬・適応外薬の開発の進捗、新薬創出のための研究開発の具体的成果も踏まえた新薬創出・適応外薬解消等促進加算の在り方、薬価を下支えする制度として創設された基礎的医薬品への対応の在り方、年間販売額が極めて大きい医薬品を対象とした市場拡大再算定の特例の在り方について引き続き検討すること。
16. 公費負担医療に係るものを含む明細書の無料発行の促進について、影響を調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
17. 診療報酬改定の結果検証等の調査について、NDB等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化について検討すること。また、引き続き調査分析手法の向上について検討し、調査の信頼性の確保に努めること。
18. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。