

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

骨子【重点課題 1－3－(16)】

第 1 基本的な考え方

1. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。
 - (1) 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) 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を推進する観点から、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。

第 2 具体的な内容

1. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。
 - (1) 基準調剤加算の評価の見直し
 - ① 24 時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。
 - ア) 基準調剤加算 1：近隣の保険薬局と連携して 24 時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。
 - イ) 基準調剤加算 2：自局単独で 24 時間調剤及び在宅業務をできる体制を整備する。
 - ② 患者又はその家族等に対し、在宅患者訪問薬剤管理指導を行うことができる旨を薬剤情報提供文書等において情報提供を行うことを周知する。

- ③ 『薬局の求められる機能とあるべき姿』（厚生労働科学研究費補助金事業「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」にて公表、医薬食品局総務課より通知（平成 26 年 1 月 21 日薬食総発 0121 第 1 号）で掲げられている項目（※）を踏まえ、いわゆる「かかりつけ薬局」としての要件を追加する。

※患者のプライバシーに対する配慮等

- ④ 基準調剤加算 2 については、以下の項目を施設基準として追加する。

- ・ 在宅業務の過去の実績
- ・ 在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制（衛生材料を供給できる体制等）の整備
- ・ 在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションとの連携体制及びケアマネージャーとの連携体制の整備

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【基準調剤加算】</p> <p>イ 基準調剤加算 1 10 点</p> <p>ロ 基準調剤加算 2 30 点</p> <p>[施設基準]</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> | <p>【基準調剤加算】</p> <p>イ 基準調剤加算 1 <u>12 点</u> (改)</p> <p>ロ 基準調剤加算 2 <u>36 点</u> (改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p><u>(削除)</u></p> |

| | |
|---|--|
| <p>されていること。</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が整備されていること。</p> <p><u>(新規)</u></p> <p>基準調剤加算 1 の基準</p> <p>十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p><u>(新規)</u></p> <p>基準調剤加算 2 の基準</p> <p>イ 略</p> <p>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。</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p><u>(新規)</u></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。</p> <p>基準調剤加算 1 の基準</p> <p>イ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>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。</p> <p>ハ 略</p> <p>基準調剤加算 2 の基準</p> <p>イ 略</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>ロ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>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。</p> |
|---|--|

| | |
|------|---|
| (新規) | ニ <u>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。</u> |
| (新規) | ホ <u>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。</u> |
| (新規) | ヘ <u>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。</u> |

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導の評価の見直し

在宅医療を担う保険薬局の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定することを要件とし、在宅患者訪問薬剤管理指導の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る。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 | 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 |
| 1 同一建物居住者以外の場合 500点 | 1 同一建物居住者以外の場合 650点(改) |
| 2 同一建物居住者の場合 350点 | 2 同一建物居住者の場合 300点(改) |
| 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 | 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 |

| | |
|---|---|
| <p>「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>「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> |
|---|---|

(3) 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。

2. 在宅医療における無菌製剤処理を推進する観点から以下の対応を行う。

(1) 無菌製剤処理が必要な薬剤を含む処方せんを受け付けた無菌調剤室

(保険薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。以下同じ。)を有しない保険薬局(以下「処方箋受付薬局」という。)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(以下「無菌調剤室提供薬局」という。)の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を行う場合、処方箋受付薬局は無菌製剤処理加算について算定できることとする。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <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。</p> <p>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>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>[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。</p> <p>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></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> |

(2) 在宅の緩和ケアを推進するため、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する。乳幼児用の無菌製剤は、臓器の未熟性等を考慮して、症例ごとに組成が細かく異なる輸液を調製しなくてはならないため、無菌製剤処理加算について、乳幼児に対して無菌製剤処理する場合の評価を新設する。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【無菌製剤処理加算】</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、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>【無菌製剤処理加算】</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、中心静脈栄養法用輸液、<u>抗悪性腫瘍剤又は麻薬</u>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>55点、65点又は55点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ110点、120点又は110点）</u>を加算する。</p> |

在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

骨子【重点課題 1－3－(17)】

第 1 基本的な考え方

チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。

第 2 具体的な内容

診療報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を調剤報酬に揃える。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）及び薬剤師 1 人につき 1 日に 5 回に限り算定することを要件とし、在宅患者訪問薬剤管理指導の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る。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <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 550点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 385点</p> <p>注 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医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なも</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医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なも</p> |

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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理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を合わせて薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。

薬学的管理及び指導の充実について

骨子【I-7】

第1 基本的な考え方

1. 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。
「重点課題1-3-⑪」を参照のこと。
2. 在宅医療における無菌製剤処理を推進する観点から、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。
「重点課題1-3-⑪」を参照のこと。
3. チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。
「重点課題1-3-⑫」を参照のこと。
4. お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対する薬剤服用歴管理指導料の評価を見直す。
5. 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、調剤を行う前とするよう見直す。

第2 具体的な内容

1. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。
 - (1) 基準調剤加算の評価の見直し
「重点課題 1-3-⑪」を参照のこと。
 - (2) 保険医療機関及び保険医療養担当規則における明確化
「重点課題 1-3-⑪」を参照のこと。

2. 在宅医療における無菌製剤処理を推進する観点から、以下の対応を行う。
 - (1) 他の保険薬局の無菌調剤室の利用
「重点課題 1-3-⑪」を参照のこと。
 - (2) 無菌製剤処理加算の拡大
「重点課題 1-3-⑪」を参照のこと。

3. 在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件の統一
「重点課題 1-3-⑫」を参照のこと。

4. 薬剤服用歴管理指導料におけるお薬手帳の特例
薬剤服用歴管理指導料について、お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対し特例を新設する。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| 【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。 | 【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>イ～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>イ～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> |
|--|--|

5. 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。

後発医薬品の使用促進策について

骨子【IV－1】

第1 基本的な考え方

1. 保険薬局の後発医薬品調剤体制加算の要件である調剤割合を見直し、後発医薬品調剤率が高い方により重点をおいた評価とする。
後発医薬品の調剤割合に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いる。新指標を用いた場合、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、後発医薬品の調剤数量が少ないにもかかわらず、数量シェアが高くなる可能性があることから、後発医薬品調剤体制加算の対象外とするよう適正化を図る。
2. 一般名処方が行われた医薬品については、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し、後発医薬品を選択するよう努める旨を明確化する。

第2 具体的な内容

1. 調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し
保険薬局における後発医薬品の調剤を促進するため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、現行の3段階の加算から「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標の数量ベースでの後発医薬品の使用割合が55%以上及び65%以上の2段階の加算で評価する。
当該保険薬局において調剤した薬剤全体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%以上であることを要件とする。ただし、後発医薬品が存在せず、かつ、1回あたり使用量と薬価基準上の規格単位数量との差が非常に大きい「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」については、当該計算から除外する。

| 現 行 | 改 定 案 |
|--|---|
| <p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>1 後発医薬品調剤体制加算 1 5点</p> <p>2 後発医薬品調剤体制加算 2 15点</p> <p>3 後発医薬品調剤体制加算 3 19点</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量（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</p> <p>後発医薬品調剤体制加算 2 30%以上</p> <p>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)</p> <p>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]</p> <p>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量</u>（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 55%以上</p> <p>後発医薬品調剤体制加算 2 65%以上</p> <p><u>（削除）</u></p> <p>② <u>当該保険薬局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。</u></p> |

旧指標の数量シェア＝後発医薬品／全医薬品（「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除く。）

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）

2. 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。

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

骨子【IV-4-(2)】

第1 基本的な考え方

医療費の適正の観点から、治療目的でない場合のうがい薬だけの処方の評価を見直す。

第2 具体的な内容

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。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| 【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 (新規) | 【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 <u>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。</u> |

調剤報酬等における適正化・合理化

骨子【IV-5】

第1 基本的な考え方

1. 処方せん枚数、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目し、いわゆる門前薬局の評価を見直す。ただし、24時間調剤が可能な保険薬局については、この限りではない。
2. 妥結率が低い場合は、薬価調査の障害となるため、妥結率が一定の期間を経ても一定率以上を超えない保険薬局及び医療機関の評価の適正化を検討する。

第2 具体的な内容

1. 調剤基本料の特例の見直し

調剤基本料の特例について、1月に2,500枚を超える保険薬局（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。）をその要件に加える。ただし、今回追加する特例の対象となる保険薬局であっても、24時間開局している調剤が可能な保険薬局については、調剤基本料の特例に該当しないこととする。

調剤基本料の特例の対象となる保険薬局は、基準調剤加算を算定できないこととする。ただし、今回追加する特例の対象となる保険薬局であっても、24時間開局している調剤が可能な保険薬局については、基準調剤加算1を算定できることとする。

また、調剤基本料を算定する際には、特例に該当しない旨をあらかじめ地方厚生局長等に届け出る。

| 現 行 | 改定案 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 40点 | 【調剤基本料】 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 40点 |

| | |
|--|---|
| <p>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><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>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24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。）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。</u></p> <p>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。）</p> <p>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><u>(調剤基本料の注に係る施設基準)</u> <u>24時間開局をしていること。</u></p> |
|--|---|

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| <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（調剤基本料の特例に該当する場合には特例に掲</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、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。</p> <p>なお、調剤基本料の特例のロに</p> |

| | |
|---|---|
| <p>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]</p> <p>① 通則 略 ② 基準調剤加算 1 の基準 略 <u>(新設)</u></p> <p>③ 基準調剤加算 2 の基準 略</p> | <p><u>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ていない場合は算定しない。</u></p> <p>イ 基準調剤加算 1 <u>12 点(改)</u> ロ 基準調剤加算 2 <u>36 点(改)</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>① 通則 略 ② 基準調剤加算 1 の基準 <u>イ～ロ 略</u> <u>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。</u></p> <p>③ 基準調剤加算 2 の基準 略</p> |
|---|---|

2. 妥結率が低い保険薬局等の適正化について

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が一定率以上を超えない保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

(1) 診療報酬における対応

許可病床が 200 床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料等の評価を引き下げる。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>診療報酬</p> <p>【初診料】 270 点</p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>診療報酬</p> <p>【初診料】 270 点</p> <p>注 <u>当該保険医療機関における妥結率（当該保険医療機関において購</u></p> |

| | | |
|-------------------------|-------------|---|
| <p>【外来診療料】 (新設)</p> | <p>70 点</p> | <p><u>入された薬価基準に収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。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が五割以下の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、200 点を算定する。</u></p> |
| | | <p>【外来診療料】 70 点</p> <p>注 <u>当該保険医療機関における妥結率（当該保険医療機関において購入された薬価基準に収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。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が五割以下の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、52 点を算定する。</u></p> |

| | |
|----------------------------|---|
| <p>【再診料】 69 点 (新設)</p> | <p>【再診料】 69 点 注 当該保険医療機関における妥結率（当該保険医療機関において購入された薬価基準に収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。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が五割以下の保険医療機関においては、所定点数にかかわらず、51 点を算定する。</p> |
|----------------------------|---|

(2) 調剤報酬における対応

保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>調剤報酬 【調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき）】 40 点 (新設)</p> | <p>調剤報酬 【調剤基本料（処方せんの受付 1 回につき）】 40 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収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）</p> |

| | |
|--|---|
| | <p><u>第 34 条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。)</u>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収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。)が五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 30 点 (注 1 に掲げる点数に該当する場合には 18 点) により算定する。</p> |
|--|---|

3. 調剤報酬

- (1) 調剤基本料を引き上げる。
 (2) 一包化加算及び無菌製剤処理加算を引き上げる。

| 現 行 | 改 定 案 |
|---|--|
| 【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 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> | 【調剤基本料】 （処方せんの受付1回につき） 調剤基本料 <u>41点</u> （改） （うち、消費税対応分＋1点） 調剤基本料（特例） <u>25点</u> （改） （うち、消費税対応分＋1点） <u>調剤基本料（妥結率が低い場合）</u> <u>31点</u> （新） （うち、消費税対応分＋1点） <u>調剤基本料（特例・妥結率が低い場合）</u> <u>19点</u> （新） （うち、消費税対応分＋1点） |
| 【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 57日分以上の場合 270点 | 【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） <u>32点</u> （改） （うち、消費税対応分＋2点） 57日分以上の場合 <u>290点</u> （改） （うち、消費税対応分＋20点） |
| 【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 抗悪性腫瘍剤 50点 <u>（新設）</u> | 【無菌製剤処理加算】 （1日につき） 中心静脈栄養法用輸液 <u>65点</u> （改） （うち、消費税対応分＋10点） 抗悪性腫瘍剤 <u>75点</u> （改） （うち、消費税対応分＋10点） <u>麻薬</u> <u>65点</u> （新） |

| | |
|-------------|---------------------------|
| | (うち、消費税対応分+10点) |
| <u>(新設)</u> | <u>乳幼児の場合</u> |
| <u>(新設)</u> | <u>中心静脈栄養法用輸液</u> 130点(新) |
| | (うち、消費税対応分+20点) |
| <u>(新設)</u> | <u>抗悪性腫瘍剤</u> 140点(新) |
| | (うち、消費税対応分+20点) |
| <u>(新設)</u> | <u>麻薬</u> 130点(新) |
| | (うち、消費税対応分+20点) |