

## 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0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〇%以上及び〇%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〇%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
【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）
1 後発医薬品調剤体制加算 1 5点	1 後発医薬品調剤体制加算 1 〇点(改)
2 後発医薬品調剤体制加算 2 15点	2 後発医薬品調剤体制加算 2 〇点(改)
3 後発医薬品調剤体制加算 3 19点	<u>(削除)</u>
[施設基準]	[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。	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</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。
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 1 〇%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 2 〇%以上
後発医薬品調剤体制加算 3 35%以上	<u>(削除)</u>
<u>(新規)</u>	② <u>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〇%以上であること。</u>

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】 <u>（新規）</u>	【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料】 <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月に〇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〇%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、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 <u>処方せんの受付回数が1月に〇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〇%を超えるものに限る。）</u></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>〇点(改)</u> ロ 基準調剤加算 2 <u>〇点(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 <u>(新設)</u></p>	<p>診療報酬</p> <p>【初診料】 270 点 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>

### 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
<p>【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>調剤基本料 40点</p> <p>調剤基本料（特例） 24点</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>調剤基本料 ○点(改) （うち、消費税対応分+1点）</p> <p>調剤基本料（特例） ○点(改) （うち、消費税対応分+1点）</p> <p><u>調剤基本料（妥結率が低い場合）</u> ○点(新) （うち、消費税対応分+0点）</p> <p><u>調剤基本料（特例・妥結率が低い場合）</u> ○点(新) （うち、消費税対応分+0点）</p>
<p>【一包化加算】（1調剤につき）</p> <p>56日分以下の場合（7日分につき）</p> <p style="text-align: right;">30点</p> <p>57日分以上の場合</p> <p style="text-align: right;">270点</p>	<p>【一包化加算】（1調剤につき）</p> <p>56日分以下の場合（7日分につき）</p> <p style="text-align: right;">○点(改) （うち、消費税対応分+0点）</p> <p>57日分以上の場合</p> <p style="text-align: right;">○点(改) （うち、消費税対応分+0点）</p>
<p>【無菌製剤処理加算】（1日につき）</p> <p>中心静脈栄養法用輸液</p> <p style="text-align: right;">40点</p> <p>抗癌性腫瘍剤 50点</p>	<p>【無菌製剤処理加算】（1日につき）</p> <p>中心静脈栄養法用輸液</p> <p style="text-align: right;">○点(改) （うち、消費税対応分+0点）</p> <p>抗癌性腫瘍剤 ○点(改)</p>

<p><u>(新設)</u></p>	<p>(うち、消費税対応分+〇点)  <u>麻薬</u> 〇点(新)  (うち、消費税対応分+〇点)</p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>乳幼児の場合</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>中心静脈栄養法用輸液</u> 〇点(新)  (うち、消費税対応分+〇点)</p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>抗悪性腫瘍剤</u> 〇点(新)  (うち、消費税対応分+〇点)</p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>麻薬</u> 〇点(新)  (うち、消費税対応分+〇点)</p>