



薬局・薬剤師のためのニュースメディア

HARMACY NEWSBREAK

特別編集

かかりつけ薬局 新時代

【詳解】

2016年度調剤報酬改定

おくすり手帳

診察券

じほう

〇〇クリニック
TEL01-2345-6789

年



かかりつけ薬局新時代

【詳解】2016年度調剤報酬改定

4-5

総論

薬局ビジョン映す 16年度調剤報酬改定
「分業元年」以来のターニングポイントに

6-15

個別項目

- ・薬学管理料 …… かかりつけ機能の評価で新基軸
「かかりつけ薬剤師指導料」を創設
- ・調剤基本料 …… 大手チェーンの門前薬局を冷遇
かかりつけ機能なければ「特例扱い」に
- ・調剤料 …… 一包化加算の引き下げはボディープロー
- ・電子お薬手帳 …… 条件満たせば薬歴管理料の算定可能に
- ・薬局の構造規制 …… 薬局構造規制の見直し、実質的には「変化なし」？
- ・在宅薬剤管理指導 …「1週間40回」に緩和、新加算も創設
- ・後発品使用促進 …… 算定のハードル高く、一般名処方では再加速

16-17

2016年度調剤報酬改定シミュレーション

薬研試算で中小薬局の7割増収、3割が減収
基準調剤・後発品加算の算定は小規模厳しく
目玉の「かかりつけ指導料」はいずれも敬遠

18-21

インタビュー

日本薬剤師会常務理事 安部 好弘 氏

「地域完結型医療」の中で薬局の在り方が問われる
薬剤師の使命は薬物治療の安全性と経済性への貢献

日本保険薬局協会常務理事 杉本 年光 氏

かかりつけ指導料の取得へ努力、在宅にも注力を
中医協での議論に不満「薬全体を考えた対応しなければ」

22-29

2016年度診療報酬改定における主要改定項目について（抜粋）

30-33

調剤報酬改定の推移（2004年4月～2016年4月）

薬局ビジョン映す 16年度調剤報酬改定 「分業元年」以来のターニングポイントに

2016年度調剤報酬改定は日本の医薬分業の歴史の中で、院外処方箋料を10点から50点に引き上げた1974年のいわゆる「分業元年」以来のターニングポイントになりそうだ。

折からの調剤バッシングに加え、今回、厚生労働省を医薬分業の一大改革へと突き動かすきっかけになったのが、2015年に一部のドラッグストアや調剤薬局チェーンで発覚した薬剤服用歴の未記載や無資格調剤。薬剤師業務の根幹を揺さぶる問題だけに業界内外に与えた影響は大きく、小手先の改革では限界が生じていた。

患者をかかりつけ薬剤師に集約

複数の門前薬局にまたがる患者の調剤を1人のかかりつけ薬剤師に集約する一。厚生労働省が昨年10月に発表した「患者のための薬局ビジョン」は、日本全国にある5万7000軒の薬局を2025年までにかかりつけ薬局に再編する方針を打ち出した。薬剤師業務を従来の「対物」から「対人」へと大きく転換させる宣言と受け止めることができる。

厚生労働省がビジョンの中でかかりつけ薬局に求めるのは、大きく①服薬情報の一元的・継続的把握②24時間対応・在宅対応③医療機関との連携—の3つ（資料1）。薬局の窓口で患者に医薬品を渡した後も、残薬の有無や副作用の発生状況などを継続的にフォローアップし、その結果に基づいて医師に積極的に処方提案することを求めている。

ビジョンでは、日本中の全薬局がかかりつけ薬局の機能を備えることを前提にさらに必要に応じて追加する機能として「健康サポート薬局」「高度薬学管理機能」を掲げている。

未病のうちから地域住民の健康管理に関与できる健康サポート薬局は、中学校区に1つ、全国1万ほどの設置を想定している。がんやHIV、難病など専門性の高い疾患の患者を対象に、服薬管理を行う高度薬学管理機能も当初は、健康サポート薬局の機能の一つとして議論されていたが、最終的に切り離された。専門外来をもつ大学病院や専門病院の門前薬局が受け皿として想定されている。

16年度調剤報酬改定は、この薬局ビジョンが土

【資料1】厚生労働省が「患者のための薬局ビジョン」で掲げる かかりつけ薬局・健康サポート薬局・高度薬学管理機能の概要（抜粋）

かかりつけ薬局（全国約5万7000の全薬局）

服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- 患者がかかっている全ての医療機関を把握し、OTCを含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬歴に記録する
- 残薬管理や確実な服薬につながる指導を含めた服薬指導、副作用などのフォローアップを実施する
- 患者にお薬手帳の活用を促し、複数を所持している場合には一冊化、集約化に努める

24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも患者からの相談（必要に応じた調剤含む）に対応する体制を整備している

かかりつけ医をはじめとした関係機関等との連携強化

- 医療機関に対して必要に応じて患者の副作用・服薬情報をフィードバックし、それに基づいた処方提案を行う
- 地域住民からのOTCに関する相談や健康に関する相談に対応し、必要に応じて医療機関への受診勧奨を行う

高度薬学管理機能 （大病院の門前薬局）

- 高度な知識・技術と臨床経験を有する薬剤師を配置
- がんやHIV、難病を有する患者に高度な薬学的管理を行う

健康サポート薬局（全国約1万、中学校区に1つ）

地域における連携体制の構築

- 地域の一定範囲内で医療機関などとあらかじめ連携体制を構築し、連絡・紹介先リストを作成している
- 利用者らの同意が得られた場合に、必要な情報を紹介先の医療機関などに文書で提供する

薬剤師の資質確保

- OTCや健康食品などの適正使用に関する助言や相談などについての研修を修了した薬剤師が常駐している（実務経験5年以上）

開局時間

- 平日の開局日には連続して開局（午前8時から午後7時までに8時間以上が望ましい）し、土日のどちらかにも4時間以上開局

健康相談・健康サポート

- 販売内容や相談内容（受診勧奨や紹介内容含む）を記録し、3年間保存している
- 積極的に健康サポートの取り組み（薬の相談会や禁煙相談、医師と連携した糖尿病予防教室など）を実施

台になっている。

診療報酬上で「かかりつけ薬剤師」を定義

最も特徴的なのは、これまでスローガンだったかかりつけ薬剤師を診療報酬上で明確に定義付けし、制度として運用することだ。投薬後も薬剤師が患者の服薬状況をきちんとフォローする見返りとして新設する「かかりつけ薬剤師指導料」(70点)は、薬剤師と患者が1対1の関係をきちんと構築する動機付けとなり、「モノ」の取り扱いが中心だったこれまでの薬剤師業務を一変させる可能性を秘めている。

同時に、厳しい批判にさらされている立地重視の大型駅前薬局チェーンに対しては、通常の調剤基本料1(41点)を大幅に下回る例外的な調剤基本料3(20点)を新設し、あからさまに冷遇した。ただ、外形的な規模や立地だけで低評価にするのはあまりに乱暴であるため、かかりつけ薬剤師の業務を実施していれば、従来どおり基本料1の算定を可能にする除外規定も設けた。

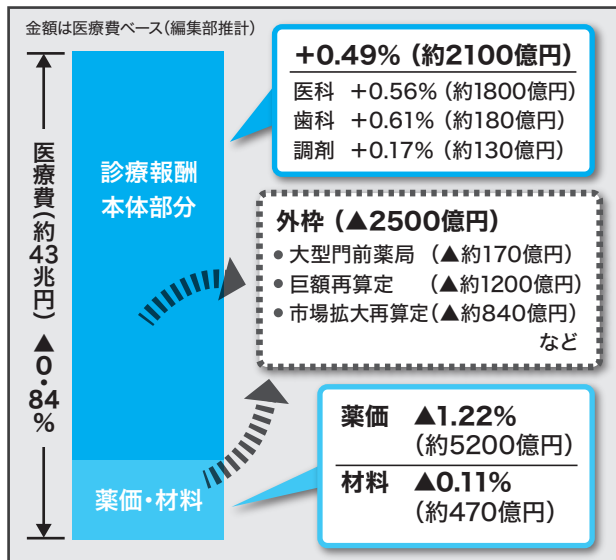
調剤は40億円程度のマイナス改定か

16年度診療報酬改定の改定率は、薬価を含めた全体(ネット)では0.84%のマイナスとなり、技術料に当たる本体部分は0.49%のプラスで決着した。本体部分のプラスを金額に置き換えると、医療費ベースで約2100億円に相当し、これを医科1(0.56%) : 調剤0.3(0.17%)の割合で分配すると、調剤には130億円が上積みされると推定される。

一方、今改定では改定率に反映されない“外枠”として、大型駅前薬局向けの予算40億円(国費ベース)が削減された。医療費ベースで170億円程度とみられる。外枠とは、診療報酬の予算内で削減した金額を本体部分に戻さず、一般財源に充てることを指し、売れすぎた医療用医薬品の薬価の引き下げ財源も同じように扱われる(資料2)。

16年度予算編成をめぐるのは、財政健全化の一環として社会保障費の自然増を国費で約1700億円圧縮する必要があり、業績好調な調剤薬局チェーンが製薬企業と共に狙い撃ちされた格好。社会保障費の削減が難航する中、「診療報酬で利益を上げているところに、財政安定化のために少しずつ協力して

【資料2】2016年度診療報酬改定の概要



もらう」(厚生労働関係議員)という趣旨だ。

調剤部分については、表向き0.17%(130億円)のプラス改定だが、外枠で削減された170億円程度が改定率に反映されていないため、実質的には40億円程度のマイナス改定とみられる。影響は小さくないが、折からの調剤薬局チェーンへの批判から相当規模のマイナスを覚悟していた当初の予想からすれば、この程度で済んだと考えるべきだろう。

調剤料の見直しこそ抜本改革?

薬剤師の対人業務を重視する薬局ビジョンの流れに沿えば、次期改定以降、調剤報酬の配分は薬学管理料にさらにシフトすると考えられる。その流れの中でターゲットとなりそうなのが調剤料だ。

今改定では、15日以上の内服薬の調剤料が1~2点下がったが、そもそも調剤料自体が粉薬を薬包紙に包んでいた時代の概念で、現在のような計数調剤を想定して設計されていない。「錠剤を集めることがなぜこの点数なのか、誰も説明できない」(調剤報酬に詳しい関係者)。現在は4剤以上の調剤料を算定できない規定があるが、その合理的な理由を探すのも難しい。

一方で調剤料の見直しは全ての薬局に直接的な影響を及ぼすため、なかなか手が付けられない事情もある。「調剤料の見直しこそ本当の調剤報酬の抜本改革」と指摘する声もある。

かかりつけ機能の評価で新基軸 「かかりつけ薬剤師指導料」を創設

2016年度改定の大きな目玉がかかりつけ薬剤師の評価だ。調剤報酬上で薬剤師個人を評価するという新たな試みで、2025年の地域包括ケアシステムの構築に向け、かかりつけ薬剤師と患者の“顔の見える”関係づくりを推進するのが狙いだ。16年度改定では、かかりつけ薬剤師を評価する「かかりつけ薬剤師指導料」（70点、出来高）と「かかりつけ薬剤師包括管理料」（270点、包括点数）の2種類を設ける。

患者の薬物療法に責任感の芽生え

かかりつけ薬剤師には、①薬剤師として3年以上の薬局勤務経験②当該薬局に週32時間以上の勤務③当該薬局に半年以上の在籍④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の取得⑤医療に係る地域活動の取り組みへの参画一の要件を課し、かかりつけ薬剤師のいる薬局の体制整備を進める（表1）。

かかりつけ薬剤師は、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、患者への服薬指導を行う。かかりつけ薬剤師になるには患者から同意を取る必要があり、いわば、薬剤師が担当患者の薬物療法に対する責任を持つことを「宣誓」する形になる。東京都内の薬局経営者は「これまで以上に患者との関係で緊張感が芽生える」と話す。

かかりつけ薬剤師の具体的な業務としては、▽薬剤服用歴管理指導料に係る業務▽患者の全ての受診医療機関、服用薬等の情報の把握▽担当患者からの24時間の相談応需体制（やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可）▽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、必要に応じて処方を提案▽必要に応じて患家を訪問して服用薬を整理——などが掲げられている。

薬剤師の認定取得支援や手当支給も

かかりつけ指導料の施設基準のうち、薬剤師の研修認定取得については準備期間を考慮し、適用されるのは1年後の17年4月からとなる。それまでは、そのほかの施設基準を満たせばかかりつけ指導料を

算定できるが、調剤薬局チェーン各社は1年後を見過越し、全社員に研修認定取得を促す待遇改善などの検討に着手。かかりつけ薬剤師をどれだけ養成できるかが収支に大きな影響を及ぼすためだ。

今改定では門前薬局を想定した調剤基本料の特例（10頁表参照）が拡大されたが、仮に該当した場合でも、薬局の勤務薬剤師の5割以上がかかりつけ指導料の施設基準を満たし、かかりつけ指導料や同包括管理料を1人当たり月100件以上算定していれば、適用除外される規定が盛り込まれた。かなり厳しい要件といえるが、特例のままでは基準調剤加算も算定できないため、かかりつけ薬剤師を養成し、基準をクリアするための努力は欠かせない。

こうした事情から、日本調剤は薬剤師の研修認定の取得に必要な費用を会社が全額負担することを決定。ファルコファーマシーズは研修認定の取得薬剤師に手当を支給することを検討している。前出の薬局経営者は、かかりつけ指導料の算定に向け、生涯教育研修会の受講支援や研修会参加の補助費支給、かかりつけ薬剤師指導料の算定回数に応じた手当の創設など、社員の待遇を向上させる動きが増えたとみている。

かかりつけ薬剤師が当該薬局に半年以上在籍していなければならない要件については、当初想定された数年以上に比べて短くはなったものの、人事などで一定の制約を受けそうだ。

薬歴管理指導料 逆転の発想で患者インセンティブ

未記載問題でやり玉に挙げられた薬剤服用歴管理指導料は、患者がお薬手帳を持参して同じ薬局を繰

【表1】かかりつけ薬剤師・薬局を評価する点数と算定要件

かかりつけ薬剤師指導料 70点（出来高、1回当たり）

算定要件	患者が選択したかかりつけ薬剤師が、患者の同意を得た上で、服薬指導などの業務を実施した場合、次の来局以降に算定。同意は、同意書を作成した上で保管し、薬歴に記載
	患者1人に対し、1人の薬剤師のみが算定。かかりつけ薬剤師以外が指導しても算定不可
	手帳などにかかりつけ薬剤師の名前、勤務先の薬局の名称・連絡先を記載
	①薬剤服用歴管理指導料の業務を実施した上で、適切な服薬指導を行う
	②患者が服薬中の薬剤などについて、患者を含む関係者が一元的、継続的に確認できるよう手帳を用いて指導内容などを記載
	③患者が受診する全ての医療機関の情報や、服用する処方薬、要指導薬・OTC薬、健康食品などについて把握し、薬歴に記載
	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や勤務表を作成して患者に渡す
⑤患者がほかの薬局で調剤を受けた場合は、その服用薬などの情報を入手、薬歴に記載	
⑥調剤後も患者の服薬状況の把握、指導をし、そ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	
⑦服用中の薬剤を薬局に持参する動機付けの袋(ブラウンバッグなど)を必要に応じて配布する	
施設基準	算定薬剤師は右の要件を満たすことを届け出
	薬剤師として3年以上の薬局勤務経験、当該薬局に週32時間以上勤務、当該薬局に6か月以上在籍
	薬剤師認定制度認証機構が認証する研修認定制度などの研修認定を取得※
	医療に関する地域活動の取り組みに参画

注) 薬歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料（一部例外）と同時に算定できない ※=2017年4月施行

かかりつけ薬剤師包括管理料 270点（包括点数、1回当たり）

包括範囲	右を除く	①時間外等加算、夜間・休日等加算
		②在宅患者調剤加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料（一部例外）、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
		③退院時共同指導料
		④薬剤料と特定保険医療材料料
算定要件	地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算の算定患者が対象	
	患者の服薬状況などを随時把握し、医師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などの処方提案を行う	
	かかりつけ薬剤師指導料の算定要件を満たしている	
施設基準	かかりつけ薬剤師指導料と同じ	

注) 薬歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料（一部例外）と同時に算定できない

り返し利用した場合、初回来局時（50点）より2回目以降（38点）の点数を低くする仕組みを導入する（表2）。従来の患者がお薬手帳を持参した場合に高い点数を算定する仕組みとは逆転の発想で、患者に経済的なインセンティブを与えることが患者のお薬手帳の持参率の向上や来局行動の変容につながるかどうか注目される。

かかりつけ指導料と機能が重複するため、指導料（包括管理料含む）を算定する患者には算定できず、薬歴指導管理料はかかりつけ患者以外が対象となる。24時間対応などの違いはあるものの、かかりつけ患者になると薬歴管理指導料38点でなく、指導料70点を請求されることが患者にどう受け止められるかは未知数だろう。

かかりつけ薬剤師の施設基準の厳しさなどから、かかりつけ指導料を算定できない、算定しない薬局に“逃げ道”を残したとの見方もできるが、薬歴管理指導料との選択を可能とすることでかえって患者が混乱する可能性も否定できない。

薬剤師介入の「成果」を評価軸に

今改定では、薬剤師による医療の質向上や効率化への貢献度を重視する「アウトカム評価」の報酬体

系の傾向も強まる。

重複投薬・相互作用等防止加算がその一つで、処方医への疑義照会の結果、処方変更が行われた場合のみを評価する。重複投薬・相互作用の防止は、医薬分業下での薬剤師業務の要であり、薬剤師・薬局の取り組み実績は分業政策の評価にもつながる。新設の「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」も同じく、処方医への疑義照会の結果、処方変更が行われた場合のみを評価する。

服薬情報等提供料と長期投薬情報提供料は、調剤後の薬学的管理として「服薬情報等提供料」に統合し、点数を引き上げる。

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、服薬情報等提供料は、薬歴管理指導料と同様、かかりつけ指導料・包括管理料の算定患者には算定できない。

特定薬剤管理指導加算などは増点に

薬剤師・薬局の対人業務を強化するため、特定薬剤管理指導加算や乳幼児指導管理加算の点数の引き上げや、患者やその家族らが薬局に持参した服用薬などの服薬管理を行い、その結果を医療機関に情報提供した場合にも「外来服薬支援料」を算定できるよう要件を見直す。

調剤基本料

大手チェーンの門前薬局を冷遇 かかりつけ機能なければ「特例扱い」に

大型門前の定義は 月4万回超×集中度95%超

今改定では、いわゆる大型門前薬局の評価の適正化が焦点となった。昨年末の2016年度予算編成に関する大臣折衝で塩崎恭久厚生労働相と麻生太郎財務相は、大型門前薬局の評価の適正化などによって

国庫ベースで約40億円を削減すると合意。これにより、年明けの中医協では大型門前薬局を対象とした調剤基本料の設定にどう切り込むかが注目された。

中医協が答申した内容は、薬局グループ全体の処方箋の受付回数が月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箋の集中度が95%超②特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある一のいずれかを満たす薬局は、新

【表2】薬学管理料の点数と算定要件の概要

名称	現行点数	新点数	算定要件 (新設、変更がある場合のみ記載)
薬剤服用歴管理指導料	41点	38点	過去6カ月内に処方箋を持参した患者
	34点 (手帳記載なし)	50点	上記以外の患者 (手帳を持参していない患者、調剤基本料1・4以外の保険薬局に処方箋を持参した患者含む)
	新設	38点	特別養護老人ホームの入所者に対して行った場合に算定
重複投薬・相互作用等防止加算 (名称変更)	20点 (処方変更あり)	30点	従来の重複投薬、相互作用防止に加え、過去のアレルギー歴や副作用歴などで処方医に疑義照会し、処方変更になった場合に算定。同一医療機関の同一診療科からの処方箋による場合でも算定可に
	10点 (処方変更なし)		
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	新設	30点	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が対象。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。処方内容が変更にならなかった場合は算定できない
外来服薬支援料	185点	185点	患者や家族、医療機関の求めに応じ、患者の服薬管理を支援した場合や、持参した服用薬の整理をして医療機関に情報提供した場合に月1回算定
特定薬剤管理指導加算	4点	10点	—
乳幼児服薬指導加算	5点	10点	—
長期投薬情報提供料	18点 (情報提供)	廃止	調剤後の薬学管理として長期投薬情報提供料と服薬情報等提供料を統合。調剤後も患者の服用薬の情報などを把握し、患者や家族、医療機関に必要な情報提供、指導などを行った場合に算定
	28点 (服薬指導)	廃止	
服薬情報等提供料	15点	20点	
薬剤総合評価調整加算 (医科)	新設	250点	入院時の6種類以上の内服薬の処方を総合的に評価し、退院時に2種類以上減少した場合に算定
薬剤総合評価調整管理料 (医科)	新設	250点	管理料は、外来患者の6種類以上の内服薬の処方を総合的に評価し、2種類以上減少した場合に算定。
連携管理加算 (医科)	新設	50点	加算は、処方内容の調整時に別の医療機関や保険薬局に情報提供などを行った場合に算定

設の調剤基本料3（20点）に転落するというもの。
これにより基本料は6区分となる（表3）。

基本料3は「4～5%台前半」の推計も

厚生労働省が公表している「調剤医療費の動向」によると、1店舗当たりの処方箋の月間受付枚数は全国平均で1200枚程度のため、月4万回超は単純計算で34店舗以上展開するグループであれば該当する。ただ、調剤業務を主な収入源とする薬局の場合、処方箋の受付枚数は平均値より高いことが想定

されるため、仮に1店舗当たりの受付枚数が平均2000枚とすれば、20店舗以上を展開する薬局グループが対象となる。

このため大手に限らず、中小でも月4万回超に当たる薬局グループは少なくないが、もう一つの集中率95%超の薬局はぐっと絞られる。医療機関や薬局の少ない地方にある薬局が中心になるとみられ、大手では軒並み20%程度の店舗が該当。薬事行政に詳しい関係者は全国の約5.7万薬局のうち4%～5%台前半が基本料3の対象となると推計している。

今改定ではまた、処方箋受付回数と集中率を組み

【表3】新たな調剤基本料の点数と施設基準の概要

新区分	位置付け(従来点数)	施設基準	適用除外規定	減算規定
調剤基本料1 41点	従来の調剤基本料 (41点)	① 2の①または3の①に該当しない ② 妥結率が5割超	—	かかりつけ薬局の基本的業務に関連する調剤報酬(※)の算定回数の合計が年10回未満の薬局(処方箋受付回数が月600回以下の薬局除く)の調剤基本料を50%減算する。2017年4月1日から適用
調剤基本料2 25点	従来の調剤基本料特例 (25点)	① ●受付回数が月に4000回超で集中率が7割超 ●受付回数が月に2000回超で集中率が9割超 ●特定の医療機関の処方箋が月4000回超 ●3の①に該当する場合は除く ② 妥結率が5割超	●当該薬局に勤務する薬剤師の5割以上が「かかりつけ薬剤師指導料」か「かかりつけ薬剤師包括管理料」の施設基準に適合 ●「かかりつけ薬剤師指導料」か「かかりつけ薬剤師包括管理料」で相当の実績(薬剤師1人当たり月100件以上算定、自己負担のない患者を除く)を満たす場合には1を算定	
調剤基本料3 20点	いわゆる大型門前薬局向け 点数(新設)	① 同一法人グループ内の受付回数が月に4万回超の薬局のうち、▽集中度率が95%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借関係にある一のいずれかに該当 ② 妥結率が5割超	—	
調剤基本料4 31点	1の未妥結減算 (31点)	1の①に該当する薬局のうち、妥結率が5割以下	—	
調剤基本料5 19点	2の未妥結減算 (19点)	2の①に該当する薬局のうち、妥結率が5割以下	上記を満たせば4を算定	
特別調剤基本料 15点	3の未妥結減算 (新設)	3の①に該当する薬局のうち、妥結率が5割以下		

※▽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一を指す。

合わせた従来の特例範囲が拡充され、特定の医療機関の処方箋受付回数が月4000回超の薬局とともに、基本料2(25点)に分類された。新設された月4000回超の要件は、応需が集中する医療機関が複数であるため、これまで特例対象から逃れてきた医療モールの薬局を念頭に置いているとみられる。

基本料2、3は、いずれも本来の薬局像からは外れた「特例」とみなされる。勤務する薬剤師の5割以上がかかりつけ薬剤師指導料の施設基準を満たし、薬剤師1人当たりかかりつけ指導料を100件以上算定する条件を満たせば、通常の基本料1(41点)を算定できるが、クリアは容易ではなさそうだ。一方、かかりつけ業務を一定期間実施していないと基本料を半減するペナルティーも新たに導入されるなど、アメとムチで「立地から機能」へ評価軸をシフトさせる動きが鮮明になっている。

基準調剤加算は在宅実績がネック 管理薬剤師の在籍規定も

中小薬局が大きな打撃を受けそうなのが、基準調剤加算の見直しだ(表4)。今改定では、かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制や機能を評価するため、従来に加算1、2を統合し、在宅業務の実績やかかりつけ薬剤師指導料等の施設基準の届け出、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮などの要件を詰め込んだ。一方、24時間調剤対応は、自薬局単独だけでなく近隣薬局との連携による体制の整備も認めるなど緩和する。

ネックになりそうなのが在宅実績だ。新基準は年1回以上で、従来2に比べて大幅にハードルは下がるが、在宅実績が必要な1を算定していた薬局は基準調剤加算を全く算定できなくなる可能性もある。2014年7月1日時点での基準調剤加算の施設基準の届け出状況をみると、1は2万6285薬局、2が3406薬局。このうち4月以降に新基準をクリアできない薬局が7割以上に及ぶのではないかと観測もある。

新たな基準調剤加算は、基本料1の薬局しか算定できないため、基本料2、3に該当する調剤チェーンは1を算定する必要がある。管理薬剤師がその店

舗に1年以上在籍していることも施設基準に盛り込まれたため、異動の際には後任薬剤師を1年以上前からその店舗に勤務させておくなどの対策も必要になる。

未妥結減算の報告、チェーンのみに

14年度改定で導入された未妥結減算制度については、これまでの薬局の妥結状況などを踏まえ、薬局グループ全体の処方箋の受付回数が月4万回超のグループに属する保険薬局以外の場合には、妥結率を報告する際に契約書の写しなど妥結率の根拠となる資料を添付することを求めず、薬局の作業量の負担を軽減する。

【表4】基準調剤加算の点数と施設基準の概要

新区分	施設基準
基準 調剤加算 32点	調剤基本料1を算定(特例対象ではない)
	1200品目以上の医薬品を備蓄
	一定時間以上の開局(平日は1日8時間以上、土曜日または日曜日のいずれかに一定時間以上、週45時間以上)
	単独か連携で24時間調剤体制(連携薬局数は3以下)
	麻薬小売業者の免許を取得・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(PMDAメディナビ登録義務)
	在宅業務の体制を整備・在宅業務の実績(年1回以上)
	管理薬剤師の薬局勤務経験が5年以上、当該薬局に週32時間以上勤務かつ1年間以上在籍
	かかりつけ薬剤師指導料か、かかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準を届け出
	プライバシーに配慮した構造
	健康相談か健康教室を行っている旨の薬局内掲示
特定の医療機関の処方箋の割合が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上	

調剤料

一包化加算の引き下げはボディーブロー

厚生労働省がまとめた2014年度の調剤医療費(電算処理分)の動向によると、処方箋1枚当たりの調剤医療費は8899円で、このうち技術料が2200円、薬剤料が6684円に上る。技術料の内訳は、調剤技術料(1813円)のうち調剤基本料が621円、調剤料が1028円、加算料が165円で、薬学管理料が387円。技術料の約47%を占める調剤料の見直しは、規模を問わず薬局経営に大きな打撃を与える。

財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会が昨年11月にまとめた予算編成に関する建議は、PTP包装の一般化などを踏まえ、調剤料の評価水準を全体的に引き下げるよう要求。投与日数に応じて点数の伸びを逓減させ、段階的に定額化を進めるよう具体案を突き付けた。一包化加算についても、全自動錠剤分包機の普及などを踏まえ、点数の大幅な引き下げと投与日数に連動した点数配分の廃止を迫っている。

調剤料の引き下げ「きつい」

今改定では、内服薬調剤料は「15日分以上21日

分以下」「22日分以上30日分以下」の点数を現行より1点引き下げ、「31日分以上」では2点の引き下げにとどまったが、次回改定以降でさらに切り込まれる可能性がある。調剤チェーン幹部は「調剤料の見直しが一番きつい」と警戒する。

調剤料の点数			
名称	現点数		新点数
内服薬	1～7日分	5点/日	5点/日
	8～14日分	4点/日	4点/日
	15～21日分	71点	70点
	22～30日分	81点	80点
	31日分以上	89点	87点
一包化加算	56日分まで	32点	42日分まで 32点
	57日分以上	290点	43日分以上 220点
医師の指示による分割調剤	—		分割回数が2回なら2分の1、3回以上なら3分の1に相当する調剤基本料・加算、調剤料・加算、薬学管理料を1分割調剤につき算定

電子お薬手帳

条件満たせば薬歴管理料の算定可能に

急速に普及する電子お薬手帳。現在、調剤薬局チェーンや薬剤師会、メーカーなど複数の事業者が展開しているが、紙媒体と同等の機能を持つ場合には、薬剤服用歴管理指導料の算定上、紙媒体の手帳と同様の扱いになる。日本保険薬局協会はいち早く、独自に開発する手帳で薬歴管理指導料の算定が可能になると発表した。

算定するには、電子お薬手帳を提供した保険薬局以外の保険薬局や保険医療機関、患者などが簡単に

手帳の内容を閲覧したり、手帳に記入したりでき、その内容を紙媒体に出力できることが条件。複数の運営事業者などが提供している電子お薬手帳の情報を一元的に閲覧できなければならない。

プライベートの情報が詰まったスマートフォン(スマホ)を医療機関や薬局に預けることに抵抗を感じる患者もいるため、医療従事者が患者のスマホなどを直接受け取らなくても手帳の情報を閲覧できる仕組みがあることも求められる。一方、こうした

仕組みが利用できない保険医療機関などでは、スマホなどを直接、医師に見せることが必要な場合があることを患者に事前に説明し、同意を得ておくことが必要になる。

過去の服薬情報を適切に把握するため、少なくとも過去1年分の服薬情報などを一元的に一覧できることや、患者が現在利用している電子お薬手帳とは別の電子お薬手帳を利用することを希望した場合、データ移行が円滑にできるように、関連情報の出力機能を備えていることも必要だ。

日薬のサーバー介して情報閲覧

一元的な情報閲覧をめぐるには日本薬剤師会が、患者がどの電子お薬手帳を利用していても、服薬情報を閲覧できる環境を整備するため、中間サーバーを設置。4月の本運用開始を目指している。中間サーバーに接続することで、異なる電子お薬手帳システムで患者の服薬情報を相互閲覧できるようになる。ほとんどの事業者が日薬のサーバーに接続する見込

みだ。

健康管理や医療費集計の機能も備えたりと、患者の囲い込み手段として各社が開発を競ってきた電子お薬手帳は、公益性の高いツールとして新たな局面に入る。

薬歴指導管理料を算定できる電子版お薬手帳の要件

提供した薬局以外の薬局や医療機関、患者らが容易に手帳の内容を閲覧したり、記入したりでき、紙媒体へ出力できる

医療従事者が患者の保有するスマートフォンなどを直接受け取ることなく、手帳の情報を閲覧できる仕組みになっている

複数の運営事業者が提供している手帳の情報を一元的に閲覧できる

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」など各種ガイドラインや関係法令を順守する

少なくとも過去1年分の服薬情報などを一覧的に閲覧できる

別の運営事業者の手帳にデータ移行が円滑にできるよう関連情報の出力機能などがある

薬局の構造規制

薬局構造規制の見直し、実質的には「変化なし」?

薬局の構造規制の見直しは、医薬分業の実施に当たって保険薬局と保険医療機関の独立性を確保するため、両施設の間をフェンスで仕切るなどして一体的な構造を規制していることについて、医療機関から薬局へ移動するのに患者から不便さを感じているなどの指摘があったことが発端だ。

この問題は、昨年3月に政府の規制改革会議が開いた医薬分業をテーマとした公開ディスカッションでも取り上げられた。同年6月に政府が閣議決定した「規制改革実施計画」には、保険薬局と保険医療機関の一体的な構造に関する規制の見直しについて、2015年度に検討・結論を出し、16年度に措置を講じることが盛り込まれた。

これを受け、厚生労働省は保険薬局の構造規制の

保険薬局の構造規制見直しのポイント

「一体的な構造」の解釈について、公道やフェンスなどを介することを一律に求める運用を改める

医療機関の建物内にある場合や、薬局と医療機関が専用道路などで接続されている場合は認めない

公道などを介さない場合でも①公道などから存在や出入口が確認できない②医療機関の休診日に公道などから行き来できない③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一などに当たる薬局は認めない。現地の実態を踏まえ、最終的には地方厚生局が判断する

保険指定の更新時に不動産の賃貸借関連書類や経営関連の書類など、医療機関との「一体的な経営」に当たらないことを証明する書類提出を求める

※一定の周知期間を設ける

見直しを決定。保険薬局の独立性確保と患者の利便性向上の両立を図るため、現行規定の「一体的な構造」の解釈を改め、両施設の敷地境界にフェンスの設置などを一律に求める運用を見直す。

しほむ “門内薬局” の機運

ただ、医療機関の建物内に保険薬局がある場合、両施設が専用通路などで接続されている場合などは認めないことも明示。当該医療機関を受診した患者

の来局しか想定できない場合も認められず、結局のところ最終判断するのは地方厚生局。「何らこれまでと変わらない」（大手調剤チェーン幹部）との受け止めが広がり、“門内薬局”の機運はしほみつである。

今回の構造規制の見直しは、もともと薬局ビジョンで掲げる医薬分業の姿とは正反対の動きであるため、規制改革会議からの要求をフェンスの撤廃など最低限の緩和でかわした感もある。厚労省は15年度中にも改正通知を出し、一定の周知期間を設けて16年度中に新たな運用を開始する計画だ。

在宅薬剤管理指導

「1週間40回」に緩和、新加算も創設

2025年の地域包括ケアシステムの構築に向け、薬局での在宅医療の推進は大きなポイントだ。今改定では、在宅薬剤管理指導業務の推進に向け、在宅で処方医に対し処方内容に関する疑義照会を行い、処方変更が行われた場合を評価する「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」を新設する。現行の外來患者を対象とした「重複投薬・相互作用等防止加算」(改定後の名称)の在宅患者バージョンとなる。ただ、処方変更されることが算定の前提となる。

特別養護老人ホームでも薬歴管理指導料の算定可

また、1日の枠に縛られず、フレキシブルな訪問活動を可能にするため、前回改定で設けられた在宅患者訪問薬剤管理指導料の「薬剤師1人につき1日5回」の算定制限を「1週間当たり40回」に改める。18年度の診療報酬と介護報酬の同時改定で居宅療

在宅医療関連の点数と算定要件の概要

名称	現行点数	新点数	算定要件（新設、変更がある場合のみ記載）
薬剤服用歴管理指導料	新設	38点	特別養護老人ホームの入所者に対して行った場合に算定
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	新設	30点	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が対象。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。処方内容が変更にならなかった場合は算定できない
在宅患者訪問薬剤管理指導料	同一建物以外 650点 同一建物 300点	変更なし	薬剤師1人につき、1週間当たり40回に限り算定できる（従来は1日5回に限り算定）

薬剤服用歴管理指導料、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、「かかりつけ薬剤師指導料」「かかりつけ薬剤師包括管理料」との同時算定不可（臨時投薬の場合は例外的に算定可）

養管理指導費の算定要件の見直しも想定される。同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を行った場合には、1人目は「同一建物居住者以外の場合」の650点の算定を認める。

特別養護老人ホームの入所者への服薬管理支援の評価も新設し、薬剤師が施設を訪問し、患者または薬剤管理者に対し指導を行った場合、薬剤服用歴管理指導料の38点を算定できるようにする。

後発品 使用促進

算定のハードル高く、一般名処方へ再加速

政府は昨年6月にまとめた「骨太の方針2015」の中で、後発医薬品の数量シェアについては「2017年央に70%以上とし、18～20年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上」とする新たな目標を掲げた。

この目標数値の変更に伴い、後発医薬品調剤体制加算は点数を据え置いたまま、現行の調剤割合を10ポイントずつ引き上げ、加算1が「65%以上（18点）」、加算2が「75%以上（22点）」に見直す。厚生労働省がまとめた「調剤医療費の動向（電算処理分）」によると、2015年9月時点で後発品の調剤割合は、数量ベースで平均59.2%に上る。

「65%以上」3割が取得できなくなる？

新基準の「65%以上」のハードルは高く、今年4

月のスタート当初はこれまで同加算を算定していた薬局の約3割が取得できなくなるとの見方もあり、算定要件が厳しくなる基準調剤加算と同様、中小薬局の経営を悪化させる要因と指摘されている。次回以降の改定では、政府目標の「80%以上」を軸に再度見直される可能性もある。

医科診療報酬では、一般名処方を推進するため、現行の「一般名処方加算」を2段階に見直し、後発品がある全ての薬剤を一般名処方で行った場合を評価する「一般名処方加算1」（3点）を設ける。後発品の「銘柄指定・変更不可」の処方箋には、処方医に対し理由記載を義務付ける。院内処方後発品の使用割合の高い「外来後発医薬品使用体制加算」の新設や、現行の「後発医薬品使用体制加算」の見直しも行う。

後発医薬品の使用促進関連の調剤報酬と算定要件の概要

名称	現行点数		新点数		備考
後発医薬品調剤体制加算	1	55%以上 18点	1	65%以上 18点	政府の新目標に合わせて基準を見直し
	2	65%以上 22点	2	75%以上 22点	
外来後発医薬品使用体制加算 (医科)	新設		1	70%以上 4点	院内処方を行っている診療所で、後発品の使用割合が高い診療所を評価
	新設		2	60%以上 3点	
後発医薬品使用体制加算 (医科)	—		1	70%以上 42点	使用割合を「後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標換算に変更。現行点数は旧指標換算
	1	30%以上 35点	2	60%以上 35点	
	2	20%以上 28点	3	50%以上 28点	
一般名処方加算 (医科)	2点		1	3点	後発品がある全医薬品を一般名処方
			2	2点	1品目でも一般名処方が含まれる

薬研試算で中小薬局の 7 割増収、3 割が減収

基準調剤・後発品加算の算定は小規模厳しく

目玉の「かかりつけ指導料」はいずれも敬遠

中小薬局で組織している保険薬局経営者連合会（薬経連）系のシンクタンク、薬事政策研究所（薬研）が、2016 年度調剤報酬改定が中小薬局に与える影響をシミュレーションしたところ、比較可能な 10 薬局のうち、7 薬局は月間の調剤報酬（薬剤料を含む）が増加、3 薬局は減少するとの結果になった。最も収入が増える薬局では 100 万円超の増収となる一方、最も減少する薬局では 20 万円超の減収になる。全体的には処方箋枚数の少ない薬局が減収になる傾向が浮かび上がった。

薬研は薬経連加盟薬局のうち 15 薬局の協力を得

て、レセコンから処方箋データを定期的に収集している。試算では今年 1 月分の処方箋データを得られた 12 薬局について改定の影響額を調べた。

16 年度改定で算定要件が厳しくなった基準調剤加算や、後発医薬品調剤体制加算を改定後も取得できるかどうかなどを確認し、回答が得られた 10 薬局について改定前後の報酬額を比較。今改定の目玉として新設される「かかりつけ薬剤師指導料」については、積極的に算定するとの回答がほとんどなかった。算定要件の厳しさが敬遠されたとみられ、試算には反映していない。

16 年度調剤報酬改定に伴う月間経営シミュレーション（薬研まとめ）

薬局（処方箋枚数）	調剤報酬全体（薬剤料含む）（単位：点）			調剤基本料（単位：点）		
	現行	改定後（試算）	増減	現行	改定後（試算）	増減
薬局1 (172)	108192	110973	2781	13256	12556	-700
薬局2 (241)	731269	回答なし	回答なし	18403	回答なし	回答なし
薬局3 (304)	141938	142062	124	29997	28880	-1117
薬局4 (351)	268070	247644	-20426	34634	14391	-20243
薬局5 (437)	367836	366132	-1704	17835	17917	82
薬局6 (457)	463254	469347	6093	34275	41587	7312
薬局7 (513)	565085	559689	-5396	51125	46683	-4442
薬局8 (932)	807480	849419	41939	58464	84812	26348
薬局9 (1330)	503818	527365	23547	100025	121030	21005
薬局10 (2186)	1557452	1658138	100686	162000	207670	45670
薬局11 (2485)	1820203	回答なし	回答なし	131705	181405	49700
薬局12 (3443)	2859693	2898941	39248	272928	313313	40385

最大で月間収入100万円増も

試算の結果、増収となった7薬局は、処方箋枚数が比較的多い月間900枚以上の薬局に半数以上が集まった。月間処方箋応需枚数が2186枚の薬局10では、収入が100万6860円増加、932枚の薬局8でも41万9390円増え、調剤基本料と薬学管理料で伸びを分け合う。枚数が少ない172枚の薬局1、304枚の薬局3でも増収にはなるが、増収幅はわずかだ。

一方、減収となる3薬局は月間処方箋枚数がいずれも500枚以下で、351枚の薬局4は20万4260円の減、513枚の薬局7は5万3960円の減収になる。

薬研によると、調剤基本料は改定後も10薬局全てが基本料1(41点)を算定できるものの、4薬局は従来算定できていた基準調剤加算や後発品調剤体制加算が算定できなくなる。各加算の新たな算定要件となる在宅実績や「65%以上」の最低ラインをきちんとクリアできるかどうか調剤基本料関連収入の増減を大きく左右するとみられる。

薬歴管理指導料の増減、算定率80%が分岐点

一方、薬学管理料については、現在の薬剤服用歴管理指導料41点を算定している患者の割合が高い3薬局で減収になる見込み。改定後は初回50点、2回目以降は38点に減点されるため、従来の41点の算定率が高いほど減収影響が大きい。薬研は算定率80%が点数増減の分岐点になると分析している。減収幅は最も大きい薬局でも1万円超にとどまる。

内服薬で「15日分以上21日分以下」「22日分以上30日分以下」「31日分以上」の各点数が引き下げられる「調剤料」は、12薬局全てで減少するが、影響が最も少ない薬局で1070円、大きい薬局で4万400円の減収だった。今改定では引き下げ幅が1~2点で済んだため、減収も比較的小幅にとどまったが、影響を与える範囲は広い。

薬研は1人薬剤師の薬局などでは、調剤基本料の加算やかかりつけ薬剤師指導料の算定が難しく、小規模薬局ほど厳しい改定になると分析している。

薬局 (処方箋枚数)	調剤料 (単位: 点)			薬学管理料 (単位: 点)		
	現行	改定後 (試算)	増減	現行	改定後 (試算)	増減
薬局1 (172)	12240	12133	-107	15502	19090	3588
薬局2 (241)	42854	42135	-719	26299	29631	3332
薬局3 (304)	14970	14847	-123	11072	12436	1364
薬局4 (351)	34431	34053	-378	13333	13528	195
薬局5 (437)	50251	49612	-639	39255	38108	-1147
薬局6 (457)	62664	61948	-716	46353	45850	-503
薬局7 (513)	69895	69093	-802	57957	57805	-152
薬局8 (932)	110574	108837	-1737	93915	111243	17328
薬局9 (1330)	65661	65268	-393	140701	143636	2935
薬局10 (2186)	230762	228519	-2243	191667	248926	57259
薬局11 (2485)	246742	244278	-2464	242065	回答なし	回答なし
薬局12 (3443)	312820	308780	-4040	266071	268974	2903

「地域完結型医療」の中で 薬局の在り方が問われる 薬剤師の使命は 薬物治療の安全性と経済性への貢献



(あべ・よしひろ 氏) 1983年3月に昭和薬科大を卒業後、薬局勤務を経て、91年4月にケイロン薬局を開設。2006年4月に日本薬剤師会理事に就き、08年4月から同常務理事に着任。14年7月から中医協委員

——2016年度調剤報酬改定の全体的な受け止めを。

今改定は、2025年の地域包括ケアシステムの構築に向けて医療提供体制の在り方が「医療機関完結型」から「地域完結型」へ変わっていく中で、薬局の在り方も変わっていかねばならないということが大前提にある。前回の14年度改定でも、在宅医療の推進や後発医薬品の使用促進などが打ち出された。それが第一歩とすれば、今改定は次回18年度の介護報酬との同時改定に向けてのホップ・ステップ・ジャンプの「ステップ」だったと思う。

——昨年は政府の規制改革会議や経済財政諮問会議などが「医薬分業」の導入効果に疑問を投げ掛け、国を挙げて薬局の在り方を抜本的に見直すことに大きく動いた。今改定はこれからの薬局や薬剤師業務にとってのターニングポイントになったのではないか。

わが国の分業は、処方箋があまり出ていなかった時代からこの約30年で分業率が右肩上がりに伸びてきた。当初は院外処方箋を発行するにしても医療機関の近くに薬局が存在していないと、医療機関も不安、患者さんも不安で、薬局にとっても医療機関の近くであれば処方箋の獲得をある程度見込めるということで、それぞれのニーズがあって、今の分業の姿になったと思う。

ただ、それが本来の分業の姿かということが問われてきた。これまで日本薬剤師会は「薬剤師の将来

ビジョン」や「薬局のグランドデザイン2014」を作成し、日本医療薬学会も「薬局の求められる機能とあるべき姿」を発表するなど、薬局の機能や薬剤師業務の在り方が議論されてきた。昨年は規制改革会議や経済財政諮問会議でも取り上げられ、6月には「規制改革実施計画」や「骨太の方針2015」の中で調剤報酬を薬局の機能やサービスに応じて抜本的に見直すことが閣議決定された。そうした議論があって、厚生労働省は10月に「患者のための薬局ビジョン」を公表し、地域包括ケアシステムの中で薬局の絵姿を描いた。今改定はこの薬局ビジョンに沿って「薬局はこう変わらしましょう」ということが示された非常に大きな改定だった。

地域包括ケアの中で “顔の見える薬剤師”がキーワード

——今改定の特徴的なところは。

「かかりつけ」が診療報酬改定全体の特徴になっている。その中で調剤報酬改定には「地域包括ケアシステムの中で顔の見える薬剤師・薬局になる」というキーワードが込められている。地域包括ケアシステムにおける地域完結型医療の中で薬局はどういう姿を描かなければいけないのか、どんな機能やサービスを提供しなければいけないのか、という方向が打ち出されている。

かかりつけ薬剤師という「人」を評価するのは、今回初めての取り組みで新機軸となる。そのサービ

スを受ける患者にとっても、サービスを提供する薬剤師にとっても、初めてのルールなので、まずはルールを理解してもらうことが大事だと思う。

厚労省が中医協総会に提示した資料にもあったが、「かかりつけ薬剤師と呼べる薬剤師がいる」と答えた人が高齢者だと半数を超えている。日常業務の中で薬剤師と患者がかかりつけの関係になって信頼関係ができています。そういったものを基軸にしながらかかりつけ薬剤師制度を患者さんに丁寧に説明して、ご理解をいただいて、その制度が評価されて定着されていくように育てていく必要がある。自然に大きくなるものではなくて、丁寧な説明が必要だと思う。

大型門前薬局の基本料新設 「じくじたる思い」

——いわゆる大型門前薬局の評価の適正化などについて、診療報酬本体の改定率とは別の「外枠」で対応するという新たな手法も取り入れられたが。

改定財源の議論については、非常に高いレベルの政治判断の中で決定されたものだとも認識している。診療報酬全体のボリュームから見ると、調剤にとっては大きな負担となったが、規制改革実施計画などで、いわゆる門前薬局の評価の見直しということが記載され、大きな流れの中での対応だったのではないかと。

そうした中、中医協では薬剤師の代表として常々、薬局の立地や規模ではなくて、機能や役割を評価していただきたいと発言してきた。今改定で調剤基本料の特例の枠が広がり、いわゆる大型門前薬局の対象として新しい枠ができたことについては、薬剤師代表の中医協委員としては、じくじたる思いがある。

ただ、かかりつけの機能と役割を果たしていれば、「特例」から復活できる要件も入っている。ハードルは高いが、中医協で重ねて主張してきた「立地や規模ではなくて、機能や役割を評価すべき」という考え方に対する一定の措置は取られていると理解している。

薬物治療の安全性と経済性への貢献が ミッション

——次回改定以降も、報酬体系の「モノ」から「人」へのシフトという流れは変わらない。

財政制度等審議会が「2016年度予算編成に関する建議」で主張しているような今の仕組みを使って「ただ点数を下げろ」というのは乱暴な話だ。財政審の要求に対する厚労省の答えが、薬剤師が患者の服薬状況を一元的・継続的に把握したり、かかりつけ機能を果たしたりすることで、患者の薬物治療の向上や残薬の解消、後発品の使用促進などに貢献するということだと思う。財政審のような乱暴な議論にならないように、薬物治療の安全性と経済性に貢献することが薬剤師のミッションだと考えている。

例えば、後発品の使用をみると、12年度は約5000億円、13年度は約6000億円、14年度は約7200億円と年々増えている。先発医薬品の使用に比べ薬剤費を抑制していることになる。非常に厳しい医療保険財政の中で、薬剤師が後発品の使用促進に関わることで、高額だけれども有効な新薬がきちんと使用できるように貢献している。今改定で後発医薬品調剤体制加算は現行より10ポイント高い「65%以上」「75%以上」に引き上げられるが、そこに向かって頑張ってもらいたい。

一方で、薬剤師が患者さんに説明して後発品に替えられるものには限りがある。医師の処方権と患者の選択権の中で、薬剤師は患者さんに説明し、推奨し、理解していただいて使用してもらっている。例えば、政府が掲げる後発品の数量シェア目標の80%というのは、現在の状況で替えられるものを全部替えて80%という数値だと思う。走り高跳びのバーと天井が同じ高さでは頑張ってもクリアできない。そして、これまでの5%、10%の伸びと、これからの5%、10%の伸びは難易度が全く違う。今後、どの程度伸びていくのかを踏まえて、中医協も厚労省も現実性がある実効性がある施策を議論していかなければいけない。

かかりつけ指導料の取得へ努力、 在宅にも注力を 中医協での議論に不満 「薬全体を考えた対応しなければ」



(すぎもと・としみつ 氏) 80年3月に青山学院大卒業、同年4月ヘキストジャパン入社。
1991年9月わかば入社。93年6月同社代表取締役社長に就任。

チェーンにほとんどプラスの要素ない

——まず、16年度調剤報酬改定についてどのように評価しているか。

全体として非常に厳しい内容だった。ほとんどプラスになる要素がない。当社（わかば）の場合も調剤基本料の見直しの部分だけでも年間1800万円ぐらいのマイナスになるのではないかと予想している。それ以外にも後発医薬品調剤体制加算の算定要件のバーも上がり、いろいろな加算が取れなくなることもある。

基準調剤加算の施設基準に「かかりつけ薬剤師指導料」の届け出があることなども入れると、まだはっきりとした数字は読みにくいですが、マイナス額は相当な金額になる。何もしないと、たぶんマイナス額は年間5000万円くらいまでいく。そう考えると、本当に努力しないといけないと思っている。

日本保険薬局協会の常務理事の方々といろいろと話をして皆さん、厳しい顔をしている。誰一人として楽観していないし、マイナスにならないまでもほとんどプラスマイナスゼロになってしまうのではないかというイメージを持っている。

大手調剤薬局チェーンはほとんどの企業が、M&A（合併・買収）でどんどん規模が大きくなっているから、既存店のマイナスの部分が隠れ、利益が何%アップしたという数字が（表面的には）出ているかもしれないが、1店舗1店舗で見ると、これ

だけ（調剤報酬を）削られると今後、経営は厳しくなってくるのではないか。

——薬局経営への影響という観点から、特に注目している個別項目は。

やはり、「かかりつけ薬剤師指導料」だ。これを取得するため、（さまざまな施設基準を）クリアしないといけない。それしかプラスの要素はない。きちんと「保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験」「当該保険薬局に週32時間以上勤務」「当該保険薬局に6カ月以上在籍」という施設基準をクリアし、薬剤師認定制度認証機能が認証している研修認定制度などの研修認定も取得して、薬局の中で知識を持った薬剤師がかかりつけ薬剤師としてスタンバイできている状態に早めにもっていかないといけないと考えている。

門前評価見直し 大型チェーンには相当な打撃

——大型門前の評価見直しはどの程度、経営に影響があるか。

当社のような中小のチェーンは、開業医の門前もある一方、いろいろな医療機関の処方箋が集まってくる薬局もあり、そういうところは比較的影響を受けないという部分がある。一方、大型のチェーン店は大型の病院の前が多いので、相当打撃を受けると

思う。

(影響を少なくするためには基準調剤加算の算定要件である) 在宅を手掛けていくしかない。現行の基準調剤加算2の算定要件で言えば、年間10回の実績は比較的バーが低いので1件でも手掛ければ、なんとかクリアできるという状態になっているはず。当社の場合、在宅を手掛けている薬局と手掛けていない薬局では(傾向が)はっきりしていて、手掛けているところは施設の処方箋をたくさん受けている。

一方、目の前の(外来の)処方箋をこなすので手いっぱい薬局というのは薬剤師が不足していることもあってなかなか在宅まで手掛けていくのが困難な状態だ。処方元の診療所や病院の医師、訪問看護ステーションとも話をし、近隣のところを1件でも手掛けていかないといけない。近くであれば、ちょっと時間の空いた時に1件ぐらいは行けるだろうということで、当社ではそういうことを計画している。外来で来ている患者の中には、いつ在宅に移行するか分からない患者もいるので、そういうことも考えている。

——一定条件の下で分割調剤を拡大することも決まった。

投薬期間が長期化してくるので、どうしても処方箋枚数自体が減ってくところが経営的にはなかなか厳しくなってくる。長期処方になると、分割調剤とカリフィル処方箋に発展するので、医師会の先生がどう考えられるかということに準じてやっていこうと思っている。多分、薬剤師会などは薬剤師の権利を認められることになるので、職能を発揮できるということでかなり前向きに取り組んでいると思う。確かにそういう面はあるが、医療全体を考えた場合、果たしてそれだけで本当にいいのかなと思う。

——後発品調剤体制加算の要件が現行の「55%以上」「65%以上」からそれぞれ「65%以上」「75%以上」に引き上げられる。

いま、後発品の数量シェアは60%ぐらいだが、

新たな目標の80%までいったとしてもあと伸びしろは20%くらいしかない。そんなにキャパシティーはなくなっている。

会員企業の認定薬剤師取得の支援も

——日本保険薬局協会としては16年度改定を受けて、どのような会員支援策を打ちだそうと考えているのか。

会員企業の薬剤師が認定薬剤師を取りやすいように支援していくことが考えられる。また、新しい情報に迅速に対応しないといけないので、そういう情報を事務局を通じて流していく。それから厚生労働省との関係で政策に関して、自分たちの意見が言えることが大切。こういう問題が起きそうだとすることも、事前に発言できる体制を取っておけば、厚労省ともいい関係を保っていけると思っているの、協力的にやっていきたいと思っている。

——改定に関して他団体との関係についてはどう考えるか。

他団体との関係、特に日本薬剤師会との関係については同じ「薬」という部分で、大型門前の評価見直しを外枠にして医科：歯科：調剤の配分比率で1：1.1：0.3を維持したと言っているが、あれはいけない。やはりトータルで考えるとマイナス。日薬が薬の代表として中医協に委員を出しているのであれば、薬全体を考えたような対応をしなければいけない。

そここのところで、どうも既存の薬剤師会の人たちの利益が優先されているように思える。仮に今回と同じ結果になったとしても事前に日本保険薬局協会といろいろな話をして、こうしてはどうだろうということであれば納得もいくが、いきなりどーん(とこうなります)では本当に薬の代表なのかと思う。代表というのはやはり皆の意見を受けて、調整を取ってやっていくというのが普通。それがいきなり(こういう内容で)というのは今後はやめていただきたい。

① 2016年度 診療報酬改定における主要改定項目について(抜粋)

I-3-1 (医療機能の分化・強化/地域包括ケアシステムの推進)一⑤

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

骨子【I-3-1(4)】

第1 基本的な考え方

患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師・薬局を以下のように評価する。

1. 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。
2. 1. の評価に加え、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。
3. 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を評価するため、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。
4. 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、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。

第2 具体的な内容

1. 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。

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点

【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場合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、薬剤服用歴の記録に記載すること。
 - 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、患者への訪問、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。
 - 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、必要に応じて患者を訪問して服用薬の整理等を行うこと。
- (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。

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

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点

【包括範囲】

下記以外は包括とする。

- (1) 時間外等加算、夜間・休日等加算
- (2) 在宅医療に係る点数
- (3) 薬剤料
- (4) 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料、地域包括診療加算等の算定対象患者とする。
 - (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。
 - (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。
 - (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。
3. 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。

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(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のロ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>イ 基準調剤加算1 12点</p> <p>ロ 基準調剤加算2 36点</p> <p>【施設基準】</p> <p>通則</p> <p>イ～ロ 略</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>(新設)</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</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>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>【施設基準】</p> <p>(削除)</p> <p>イ～ロ 略</p> <p>ハ 一定時間以上開局していること。</p> <p>ニ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</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</p>

の体制の情報を提供していること。

ホ 略
(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

基準調剤加算1
イ～ハ 略
基準調剤加算2
イ～ヘ 略

の体制の情報を提供していること。

ハ 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。

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。

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。

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。

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。

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割を超える場合にあっては、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)

(削除)

- ※ 「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3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。

4. 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。

I-4(医療機能の分化・強化/在宅医療の確保)-⑮

在宅薬剤管理指導業務の推進

骨子【I-4-(9)(10)】

第1 基本的な考え方

在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下のよう

な見直しを行う。

1. 医師との連携による薬剤師の在宅業務を推進するため、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する。
2. 在宅患者訪問薬剤管理指導料については、①薬剤師1人が行う算定制限と、②同一世帯に居住している複数の患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合の評価を見直す。
3. 医療機関の薬剤師が行う在宅患者訪問薬剤管理指導料について、2.に合わせて見直す。
4. 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、当該施設を訪問して保険薬剤師が行う薬学的管理を評価する。

第2 具体的な内容

1. 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。

(新) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点

[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。
2. 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。

現 行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料 (調剤報酬点数表)】	【在宅患者訪問薬剤管理指導料 (調剤報酬点数表)】
1 同一建物居住者以外の場合 650点	1 同一建物居住者以外の場合 650点
2 同一建物居住者の場合 300点	2 同一建物居住者の場合 300点
注1 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	注1 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（末期の悪性腫瘍の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。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。

注2～3略

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、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（末期の悪性腫瘍の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。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1週につき40回に限り算定できる。

注2～3略

※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。

3. 医療機関の薬剤師が行う在宅患者訪問薬剤管理指導料について、2.に合わせて見直す。
4. 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。

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 (新設)	【薬剤服用歴管理指導料】 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 [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。 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、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。 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。 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。
二	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。
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。
ハ	薬剤服用歴管理指導料に係る業務に要した交通費は、患者の負担とする。

Ⅲ-7(重点的な対応が求められる分野/かかりつけ薬剤師の評価)一②

薬局における対人業務の評価の充実

骨子【Ⅲ-7-(2)(3)】

第1 基本的な考え方

1. 薬剤服用歴管理指導料は、業務の実態も考慮しつつ、服薬状況の一元的な把握のために患者が同一の保険薬局に繰り返し来局することを進めるため、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は除く。
2. お薬手帳については、電子版の手帳であっても、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を可能とする。
3. 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。
4. 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。
 - (1) 患者宅にある服用薬を保険薬局に持参させた上で管理・指導を行うことで残薬削減等に取り組むことを評価する。
 - (2) 現行の対象に加え、やむを得ない事情がある場合等に、分割調剤を活用することを可能とする。これに伴い、分割調剤を行う場合の調剤基本料等の評価を見直す。
5. 継続的な薬学的管理を評価した服薬情報等提供料及び長期投薬情報提供料については、類似の業務内容を評価するものであることから、統合する。
6. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料や一包化加算の評価を見直すとともに、対人業務に係る1.の薬剤服用歴管理指導料等の薬学管理料を充実する。
7. 在宅薬剤管理指導業務の推進
「I-4-⑮」を参照のこと。

第2 具体的な内容

1. 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。

現 行	改定案
<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>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>【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>

※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。

※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。

2. 電子版お薬手帳について

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。

- (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。
- (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。

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。

- (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。
- (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。
- (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覧的に閲覧できること。
- (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。

※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。
 ※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。

3. 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。

現 行	改定案
<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</p> <p>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、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。</p> <p>(削除)</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を通知において明確にする。

4. 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。

- (1) 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。

現 行	改定案
<p>【外来服薬支援料】 185 点</p> <p>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</p>	<p>【外来服薬支援料】 185 点</p> <p>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</p>

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。

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、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。

※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。

(2) 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。

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。

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>注 1～3 (略)</p> <p>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】</p> <p>注 1～3 (略)</p> <p>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、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>

5. 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。

現 行	改定案
<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、当該患者の次の処方せん（当初に受け付けた処方せんと同じ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>(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>

6. 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。

(1) 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。

現 行	改定案
<p>調剤料</p> <p>【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</p> <p>【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 70点</p> <p>ハ 22日分以上 30日分以下の場合 80点</p> <p>ニ 31日分以上の場合 87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 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</p> <p>ロ 43日分以上の場合 220点</p>

(2) 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。

現 行	改定案
<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、4点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、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、5点を所定点数に加算する。</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、10点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、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。</p>

7. 在宅薬剤管理指導業務の推進

「I-4-⑮」を参照のこと。

Ⅳ-1（効率化等による制度の持続可能性の向上／後発医薬品の使用促進等）①

薬局における後発医薬品の使用促進

骨子【Ⅳ-1(D)】

第1 基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、新たな

数量シェア目標値を踏まえ要件を見直す。また、後発医薬品調剤体制加算とは別の後発医薬品使用促進策として、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤割合が高く、後発医薬品の調剤数量の割合が低い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。

第2 具体的な内容

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。

「I-3-1-⑤」を参照のこと。

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） 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	【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 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。 後発医薬品調剤体制加算1 55%以上 後発医薬品調剤体制加算2 65%以上	【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 65%以上 後発医薬品調剤体制加算2 75%以上

IV-4（効率化等による制度の持続可能性の向上／患者本位の医薬分業）

いわゆる門前薬局の評価の見直し

骨子【IV-4】

第1 基本的な考え方

1. 現行の処方せん受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象範囲について拡大する。
2. 大型門前薬局の評価の適正化のため、医療経済実態調査に基づく薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性等も踏まえ、規模の大きい薬局グループであって、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極めて高い等のいわゆる大型門前薬局については、調剤基本料の評価を見直す。
3. 1. 又は 2. で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. 妥結率が低い場合に調剤基本料の特例対象とする取扱いについては、薬局における妥結状況の推移等を踏まえ、一部見直す。

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. 前述の「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」、「在宅薬剤管理指導業務の推進」及び「対人業務の評価の充実」に係る調剤報酬の算定回数を踏まえ、かかりつけ機能に係る業務を一定期間行っていないと判断される薬局については評価を見直す。

第2 具体的な内容

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。

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） 41点	【調剤基本料】 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
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、ロに該当する保険薬局であって、別に厚	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

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%を超えるものに限り、イに該当するものを除く。）

(新設)

(新設)

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)

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。

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。

注3 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。

(削除)

[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に適合している薬剤師であること。

(2) 区分番号13の2かかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3か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。

2 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。

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)

※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。

調剤報酬改定の推移 (2004年4月～2016年4月)

区分	2004. 4. 1	2006. 4. 1	
調剤基本料	処方せん受付1回につき 1. 月4000回以下/70%以下 49点 2. 月4000回超/70%超 21点 3. 1及び2以外 39点 (上位3保険医療機関の集中率80%以下) 分割調剤時(2回目以降、1分割調剤につき) 5点 施設基準の届出薬局 基準調剤加算1 10点 基準調剤加算2 30点	処方せん受付1回につき 42点 (月4000回超/70%超) 19点 分割調剤時(2回目以降、1分割調剤につき) 5点	
	施設基準の届出薬局 基準調剤加算1 10点 基準調剤加算2 30点	施設基準の届出薬局 基準調剤加算1 10点 基準調剤加算2 30点	
調剤料	[内服薬]	1剤につき(3剤まで) 1. 14日以下の場合 ①7日以下の部分 5点/日 ②8日以上の部分 4点/日 2. 15日分以上21日分以下の場合 70点 3. 22日分以上30日分以下の場合 80点 4. 31日分以上の場合 88点	1剤につき(3剤まで) 1. 14日以下の場合 ①7日以下の部分 5点/日 ②8日以上の部分 4点/日 2. 15日分以上21日分以下の場合 68点 3. 22日分以上の場合 77点
	[屯服薬]	21点	同左
	[浸煎薬]	1調剤につき 120点	1調剤につき 190点
	[湯薬]	1調剤につき 120点	1調剤につき 190点
	[一包装薬]	投与日数が7またはその端数を増すごと 97点	同左
	[注射薬]	26点	同左
	[外用薬]	1調剤につき(3調剤まで) 10点	同左
	[内服用滴剤]	1調剤につき(4剤分までは算定しない) 10点	同左
	[規制薬加算]	1調剤につき 麻薬 70点 向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬 8点	同左
	[自家製剤加算]	1調剤につき ①内服薬及び屯服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く) 1. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点 2. 液剤 45点 ②内服薬及び屯服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合) 1. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点 2. 液剤 75点 ③外用薬 1. 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90点 2. 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 75点 3. 液剤 45点 (予製剤による場合は20/100に相当する点数)	1調剤につき ①内服薬及び屯服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く) 1. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点 2. 液剤 45点 ②内服薬及び屯服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合) 1. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点 2. 液剤 75点 ③外用薬 1. 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90点 2. 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 75点 3. 液剤 45点 (予製剤による場合は20/100に相当する点数)
各種加算	[計量混合加算]	1調剤につき ①特別の乳幼児用製剤を行った場合 1. 液剤 75点 2. 散剤、顆粒剤 90点 3. 軟・硬膏剤 80点 ②特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く 1. 液剤 35点 2. 散剤、顆粒剤 45点 3. 軟・硬膏剤 80点 (予製剤による場合は20/100に相当する点数)	1調剤につき ①特別の乳幼児用製剤を行った場合 1. 液剤 75点 2. 散剤、顆粒剤 90点 3. 軟・硬膏剤 80点 ②特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く 1. 液剤 35点 2. 散剤、顆粒剤 45点 3. 軟・硬膏剤 80点 (予製剤による場合は20/100に相当する点数)
	[後発医薬品調剤加算]	1調剤(内服薬の場合は1剤)につき 2点	同左
	[一包装加算]	(一包装薬に再編)	-
	[嚥下困難者用製剤加算]	80点	同左
	[無菌製剤処理加算]	1日につき40点(中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤)	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
	[深夜加算]	200/100	同左
	[時間外加算]	100/100	同左
	[休日加算]	140/100	同左
	[夜間・休日等加算]	-	-
	薬剤服用歴管理指導料	処方せん受付1回につき 特別指導加算 月の1回目 17点 月の2回目以降 28点 麻薬管理指導加算 8点 重複投薬・相互作用防止加算 処方変更あり 20点 処方変更なし 10点	処方せん受付1回につき 22点 服薬指導加算 22点 麻薬管理指導加算 8点 重複投薬・相互作用防止加算 処方変更あり 20点 処方変更なし 10点
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料 -		-	
薬剤情報提供料 -		-	
薬剤情報提供料1 処方せん受付1回につき(月4回まで) 17点		処方せん受付1回につき(月4回まで) 15点 (薬剤情報提供料に再編)	
薬剤情報提供料2 処方せん受付1回につき(月1回まで) 10点(文書による情報提供)		(薬剤情報提供料に再編)	
長期投薬情報提供料 18点		同左	
長期投薬情報提供料2(服薬指導1回につき) 28点		同左	
後発医薬品情報提供料 -		処方せん受付1回につき 10点	
医薬品品質情報提供料 処方せん受付1回につき 10点		(後発医薬品情報提供料に名称変更)	
調剤情報提供料 処方せん受付1回につき 15点		同左	
服薬情報提供料 月1回に限り 15点		同左	
服薬指導情報提供加算 15点		同左	
外来服薬支援料 -		-	
在宅患者訪問薬剤管理指導料 1月に4回を限度 月の1回目 500点/回 月の2回目以降 300点/回		同左	
麻薬管理指導加算 月の2回目以降 100点		同左	
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 -		-	
後期高齢者終末期相談支援料 -		-	
薬 剤 料 薬価基準による		同左	
特定保険医療材料料	-	-	

区分	2008. 4. 1	2010. 4. 1	
調剤基本料	処方せん受付1回につき (月4000回超/70%超) 長期投薬の分割調剤時(2回目以降、1分割調剤につき) 後発医薬品の分割調剤時(2回のみ、1分割調剤につき)	40点 18点 5点 5点	処方せん受付1回につき ① 月4000回超かつ集中度70%超の保険薬局24点 ② 長期投薬の分割調剤時 1分割調剤につき(2回目以降の調剤時) ③ 後発医薬品の分割調剤時 1分割調剤につき(2回目の調剤時)
	施設基準の届出薬局 基準調剤加算1 基準調剤加算2 後発医薬品調剤体制加算	10点 30点 4点	施設基準の届出薬局 基準調剤加算1 基準調剤加算2 後発医薬品調剤体制加算1 後発医薬品の調剤数量が20%以上の場合 後発医薬品調剤体制加算2 後発医薬品の調剤数量が25%以上の場合 後発医薬品調剤体制加算3 後発医薬品の調剤数量が30%以上の場合
	(内服薬)	同左	1剤につき(3剤まで) 1. 14日分以下の場合 ① 7日以下の部分 5点/日 ② 8日以上部分 4点/日 2. 15日分以上21日分以下の場合 71点 3. 22日分以上30日分以下の場合 81点 4. 31日分以上の場合 89点
	(屯服薬)	同左	同左
	(湯薬)	同左	1調剤につき、3調剤まで 190点 1調剤につき、3調剤まで 190点 1. 7日分以下の場合 71点 2. 8~28日分の場合 190点 ① 1~7日目 10点 ② 8~28日目 1日分につき 400点 3. 29日分以上の場合
	(一包装薬)	投与日数が7または端数を増すごと	89点
	(注射薬)	同左	同左
	(外用薬)	同左	同左
(内服用滴剤)	同左	同左	
各種加算	(規制薬加算)	同左	1調剤につき (麻薬) 70点 (向精神薬) 8点 (覚せい剤原料) 8点 (毒薬) 8点
	(自家製剤加算)	1調剤(①の1については7日分)につき ①内服薬及び屯服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く) 1.錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤(内服薬) 20点 2.錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤(屯服薬) 90点 3.液剤 45点 ②内服薬及び屯服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合) 1.錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点 2.液剤 75点 ③外用薬 1.錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90点 2.点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤 75点 3.液剤 45点 (予製剤による場合は20/100に相当する点数)	同左
	(計量混合加算)	1調剤につき ①特別の乳幼児用製剤を行った場合 1.液剤 75点 2.散剤、顆粒剤 90点 3.軟・硬膏剤 80点 ②特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く 1.液剤 35点 2.散剤、顆粒剤 45点 3.軟・硬膏剤 80点 (予製剤による場合は20/100に相当する点数)	同左
	(後発医薬品調剤加算)	同左	同左
	(一包装加算)	-	【内服薬のみ】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
	(嚥下困難者用製剤加算)	同左	【内服薬のみ】80点
	(無菌製剤処理加算)	同左	1日につき 中心静脈栄養法用輸液【注射薬のみ】 40点 抗悪性腫瘍剤【注射薬のみ】 50点
	(深夜加算)	同左	(調剤基本料+調剤料+後発品調剤加算) 200/100
	(時間外加算)	同左	(調剤基本料+調剤料+後発品調剤加算) 100/100
	(休日加算)	同左	(調剤基本料+調剤料+後発品調剤加算) 140/100
	(夜間・休日等加算)	処方せん受付1回につき 40点	同左
	指導管理料	薬剤服用歴管理指導料	処方せん受付1回につき 33点 麻薬管理指導加算 22点 重複投薬・相互作用防止加算 処方変更あり 20点 処方変更なし 10点
後期高齢者薬剤服用歴管理指導		処方せん受付1回につき 35点 麻薬管理指導加算 22点 重複投与・相互作用防止加算 処方変更あり 20点 処方変更なし 10点	-
薬剤情報提供料		処方せん受付1回につき(後期高齢者を除く。月4回まで)	15点
薬剤情報提供料1		-	-
薬剤情報提供料2		-	-
長期投薬情報提供料		長期投薬情報提供料1(情報提供1回につき) 18点 長期投薬情報提供料2(服薬指導1回につき) 28点	同左
後発医薬品情報提供料		同左	同左
医薬品品質情報提供料		同左	-
調剤情報提供料		同左	同左
服薬情報提供料		同左	同左
外来服薬支援料		185点	同左
在宅患者訪問薬剤管理指導料		月4回(がん末期患者等は8回)まで 在宅療養患者 500点/回 居住系施設入居者等350点/回 麻薬管理指導加算 100点	月4回(がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)まで 同一建物居住者以外 500点 同一建物居住者 350点 麻薬管理指導加算 100点
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		月4回まで 麻薬管理指導加算 500点 100点	同左
在宅患者緊急時等共同指導料		月2回まで 麻薬管理指導加算 700点 100点	同左
退院時共同指導料		入院中1回(がん末期患者等は2回)まで 600点	同左
後期高齢者終末期相談支援料	患者1人につき 200点	-	
薬剤料	同左	使用薬剤料(所定単位につき15円以下の場合) 調剤料の所定単位につき 1点 (所定単位につき15円を超える場合) 調剤料の所定単位につき 10円又はその端数を増すごとに1点	
特定保険医療材料	-	厚生労働大臣が定めるものを除く 材料価格を10円で除して得た点数	

区 分		2012. 4. 1	2014. 4. 1
調剤料	調剤基本料	同左 施設基準の届出薬局 基準調剤加算1 備蓄医薬品 700 品目以上 10 点 基準調剤加算2 備蓄医薬品 1000 品目以上 30 点 後発医薬品調剤体制加算1 後発医薬品の調剤数量が22%以上の場合 5 点 後発医薬品調剤体制加算2 後発医薬品の調剤数量が30%以上の場合 15 点 後発医薬品調剤体制加算3 後発医薬品の調剤数量が35%以上の場合 19 点	処方せん受付1回につき 41 点 (ただし、妥結率50%以下の場合 31 点) ①1月4000回超かつ集中度70%超の保険薬局 25 点 ②1月2500回超かつ集中度90%超の保険薬局(24時間開局の場合は除く) 25 点 (ただし、上記①・②で、妥結率50%以下の場合 19 点) 施設基準の届出薬局 (基本料特例の上記①・②該当の薬局は基準調剤加算1・2は算定不可、ただし②の適用外の24時間開局は「1」のみ算定可) 基準調剤加算1 12 点 基準調剤加算2 36 点 後発医薬品調剤体制加算1 新指標に基づき55%以上 18 点 後発医薬品調剤体制加算2 新指標に基づき65%以上 22 点
	[内服薬]	同左	同左
	[屯服薬]	同左	同左
	[浸煎薬]	同左	同左
	[湯薬]	同左	同左
	[注射薬]	同左	同左
	[外用薬]	同左	同左
[内服用滴剤]	同左	同左	
各種加算	[規制薬加算]	同左	同左
	[自家製剤加算]	1 調剤(①の1については7日分)につき ①内服薬及び屯服薬 1.錠剤,丸剤,カプセル剤,散剤,顆粒剤,エキス剤(内服薬) 20 点 2.錠剤,丸剤,カプセル剤,散剤,顆粒剤,エキス剤(屯服薬) 90 点 3.液剤 45 点 ②外用薬 1.錠剤,トローチ剤,軟・硬膏剤,パップ剤,リニメント剤,坐剤 90 点 2.点眼剤,点鼻・点耳剤,浣腸剤 75 点 3.液剤 45 点	同左
	[計量混合加算]	1 調剤につき 1.液剤 35 点 2.散剤,顆粒剤 45 点 3.軟・硬膏剤 80 点	同左
	[後発医薬品調剤加算]	-	-
	[一包化加算]	同左	[内服薬のみ] 56日分以下の場合 7日分につき 32 点 57日分以上の場合 290 点
	[在宅患者製剤加算]	処方せん受付1回につき 15 点	同左
	[嚥下困難者用製剤加算]	同左	同左
	[無菌製剤処理加算]	同左	1日につき 中心静脈栄養法用輸液【注射薬のみ】 65 点 6歳未満の乳幼児の場合 130 点 抗悪性腫瘍剤【注射薬のみ】 75 点 6歳未満の乳幼児の場合 140 点 麻薬【注射薬のみ】 65 点 6歳未満の乳幼児の場合 130 点
	[深夜加算]	(調剤基本料+調剤料+施設基準加算) 200/100	同左
	[時間外加算]	(調剤基本料+調剤料+施設基準加算) 100/100	同左
	[休日加算]	(調剤基本料+調剤料+施設基準加算) 140/100	同左
	[夜間・休日等加算]	同左	同左
	指導管理料	薬剤服用歴管理指導料	処方せん受付1回につき 41 点 同左
薬剤情報提供料		乳幼児服薬指導加算 5 点 -	同左 -
長期投薬情報提供料		同左	同左
後発医薬品情報提供料		-	-
医薬品品質情報提供料		-	-
調剤情報提供料		-	-
服薬情報提供料		月1回に限り 15 点	-
外来服薬支援料		-	-
在宅患者訪問薬剤管理指導料		同左 (注) 患者と保険薬局間の距離 16km 以内	同左 月4回(がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)、薬剤師1人につき1日5回に限る 同一建物居住者以外 650 点 同一建物居住者 300 点
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		同左 (注) 患者と保険薬局間の距離 16km 以内	同左
在宅患者緊急時等共同指導料		同左 (注) 患者と保険薬局間の距離 16km 以内	同左
退院時共同指導料		同左	同左
薬 剤 料		同左	同左
特定保険医療材料料	同左	同左	

区 分		2016. 4. 1
調剤基本料	処方せん受付1回につき	
	①調剤基本料1 41点(②又は③以外) ②調剤基本料2 25点(処方せん受付回数及び集中度が以下のいずれかに該当) イ)月4000回超かつ集中度70%超 ロ)月2000回超かつ集中度90%超 ハ)特定の保険医療機関に係る処方せんが月4000回超 ③調剤基本料3 20点(同一法人グループ内の処方せんの合計が月40000回超かつ以下のいずれかに該当) イ)集中度95%超 ロ)特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり ④調剤基本料4 31点(①と同様 ただし妥結率50%以下) ⑤調剤基本料5 19点(②と同様 ただし妥結率50%以下) ⑥特別調剤基本料 15点(③と同様 ただし妥結率50%以下) ※調剤基本料の届出を行っていない保険薬局は特別調剤基本料 かかりつけ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(ただし月600回以下の保険薬局を除く) 後発医薬品調剤体制加算1 18点 新指標に基づき65%以上 後発医薬品調剤体制加算2 22点 新指標に基づき75%以上	
調剤料	〔内服薬〕	1剤につき(3剤まで) 1. 14日分以下の場合 ①7日以下の部分 5点/日 ②8日以上部分 4点/日 2. 15日分以上21日分以下の場合 70点 3. 22日分以上30日分以下の場合 80点 4. 31日分以上の場合 87点
	〔屯服薬〕	同左
	〔浸煎薬〕	同左
	〔湯薬〕	同左
	〔注射薬〕	同左
	〔外用薬〕	同左
	〔内服用滴剤〕	同左
各種加算	〔規制薬加算〕	同左
	〔自家製剤加算〕	同左
	〔計量混合加算〕	同左
	〔後発医薬品調剤加算〕	-
	〔一包化加算〕	〔内服薬のみ〕42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すこと 32点 43日分以上の場合 220点
	〔在宅患者製剤加算〕	同左
	〔嚥下困難者用製剤加算〕	同左
	〔無菌製剤処理加算〕	同左
	〔深夜加算〕	同左
	〔時間外加算〕	同左
	〔休日加算〕	同左
〔夜間・休日等加算〕	同左	
指 導 管 理 料	薬剤服用歴管理指導料	処方せん受付1回につき ①6カ月以内に再来局かつ手帳による情報提供あり(調剤基本料1又は4の場合のみ適用) 38点 ②①または③以外 50点 ③特別養護老人ホーム入所者 38点 麻薬管理指導加算 同左 重複投薬・相互作用等防止加算 30点(疑義照会で処方変更した場合に所定点数に加算) 乳幼児服薬指導加算 10点 特定薬剤管理指導加算 10点
	薬剤情報提供料	-
	かかりつけ薬剤師指導料	処方せん受付1回につき 70点 麻薬管理指導加算 22点 重複投薬・相互作用等防止加算 30点 特定薬剤管理指導加算 10点 乳幼児服薬指導加算 10点
	かかりつけ薬剤師包括管理料	処方せん受付1回につき 270点
	長期投薬情報提供料	-
	長期投薬特別指導料	-
	後発医薬品情報提供料	-
	医薬品品質情報提供料	-
	調剤情報提供料	-
	服薬情報等提供料	20点(保険医療機関へ文書により情報提供した場合に月1回限り算定、残薬整理も対象化)
	外来服薬支援料	185点(患者・家族・医療機関の求めに応じて支援した場合に月1回に限り算定)
	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	処方せん受付1回につき 30点
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回(がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)、薬剤師1人につき週40回に限る 同一建物居住者以外 650点 同一建物居住者 300点
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	同左
	在宅患者緊急時等共同指導料	同左
退院時共同指導料	同左	
薬 剤 料	同左	
特定保険医療材料	同左	



薬局・薬剤師のためのニュースメディア

HARMACY NEWSBREAK

特別編集

かかりつけ薬局新時代

【詳解】2016 年度調剤報酬改定

頒布価格 本体 800 円 + 税 (送料別)

2016 年 4 月 1 日発行

【編集・発行】

株式会社 **じほう**

本社：〒 101-8421

東京都千代田区猿樂町 1-5-15 (猿樂町 SS ビル)

編集 TEL：03 (3233) 6351

販売 TEL：03 (3233) 6333

支局：〒 541-0044

大阪市中央区伏見町 2-1-1 (三井住友銀行高麗橋ビル)

TEL：06 (6231) 7061

©じほう 2016 ◆本誌記事の無断複写を禁じます。