



薬局・薬剤師のためのニュースメディア

HARMACY NEWSBREAK

特別編集 2018.3

2018年度調剤報酬改定 求められる「実績」



株式会社 じほう



2018年度調剤報酬改定 求められる「実績」

4 総論

かかりつけ薬剤師の実績を積み上げるための18年度改定
“大型門前薬局たたき”が逆に「安価で高サービス」に

6 個別項目

- ・調剤基本料 …………… 超大型チェーンは15点、敷地内薬局は10点に
- ・地域支援体制加算 …「体制評価」から「貢献評価」に、施設基準には格差
- ・薬学管理料 …………… かかりつけ薬剤師業務を推進、増点ずらり
- ・後発品使用促進 …… 政府目標に合わせハードル・点数引き上げ
- ・在宅 …………… 医療・介護で月間指導患者数に応じた3段階評価に
- ・医薬品の適正使用 … 服用薬剤調整支援料、処方提案の腕の見せどころに
- ・調剤料 …………… 「15～21日分」一気に3点減、次回以降も小刻み減点か

16 インタビュー

安部 好弘 氏（日本薬剤師会 常務理事）

16年度改定後のエビデンスで薬学管理料はほぼ増点、
薬剤師の専門性を生かした「アウトカム」を

岩崎 裕昭 氏（日本保険薬局協会 医療制度検討委員会 委員長）

調剤基本料の特例拡大は厳しいが、
「薬剤師による処方介入」の評価に厚労省の期待を感じる

宗像 守 氏（日本チェーンドラッグストア協会 事務総長）

そろそろ「面分業」に対応しろというメッセージ、
DgSは点数だけに右往左往せず「流れ」見て

22 2018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 調剤報酬改定の推移（2008年4月～2018年4月）

かかりつけ薬剤師の実績を積み上げるための18年度改定

“大型門前薬局たたき”が逆に「安価で高サービス」に

16年度改定で「ハード」はできたが…

2016年度調剤報酬改定が日本の医薬分業のターニングポイントなら、18年度改定はかかりつけ薬剤師の実績を積み上げていくための改定と言っている。

16年度改定では、その前年に示された「患者のための薬局ビジョン」に基づき、1人の患者を投薬後も継続的にフォローし、必要に応じて医師に処方提案するかかりつけ薬剤師が調剤報酬上で制度化された。にもかかわらず、依然として薬局に対する風当たりが強いのは、多くの患者や医師らがいまだにその恩恵を実感できていないためだ。大手ドラッグストアや調剤薬局チェーンで相次いで発覚した不正請求も業界全体の足を引っ張った。

今の薬局薬剤師に求められているのは、大きく2つ。1つ目が、医師への疑義照会や処方提案などを通じた薬物療法の有効性・安全性の確保。そしてもう1つは、医療用医薬品、OTCを問わず最も経済的な薬物治療の選択を支援し、医療保険財政の負担を軽くする経済性への貢献だ。

せっかくできたかかりつけ薬剤師という「ハード」の中身をいかに充実させていくか。20年度改定でまた防戦一方の議論にならないためにも、地域社会にアピールできる分かりやすい実績が求められている。

調剤は実質的には80億円程度のマイナス

18年度改定の大きな方針は、昨年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」（骨太方針17）で早々と決まっていた。

「モノ」（対物業務）から「ヒト」（対人業務）への転換をより進めるため、医薬品の適正使用や服薬コンプライアンスの向上につなげる薬学管理などの評価を手厚くする一方で、対物業務の代表格である調剤料や、調剤薬局チェーンの大型門前薬局の報酬を引き下げることが既定路線となっていた。

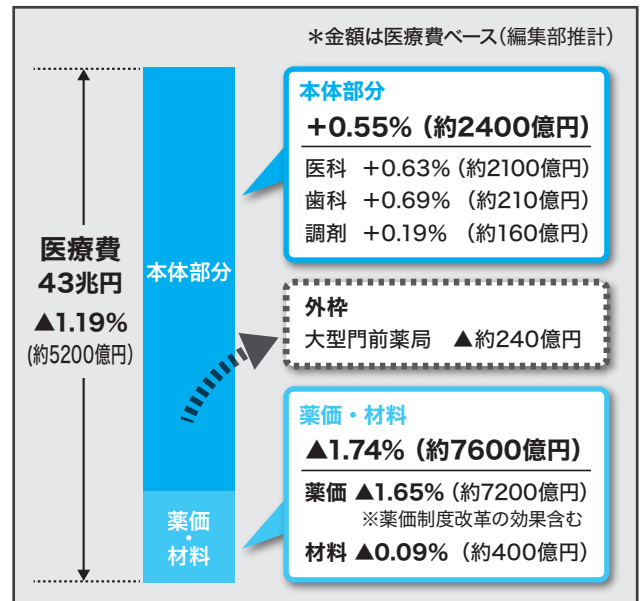
昨年末に決まった18年度診療報酬改定の改定率

は、ネット（全体）で1.19%（医療費ベースで約5200億円）のマイナス改定となった。このうち、医師や薬剤師の技術料に当たる本体部分は0.55%（約2400億円）のプラス、薬価の引き下げや薬価制度改革などで1.74%（約7600億円）のマイナスとなっている（表1）。

日本薬剤師会が気をもんでいたのが、本体部分に上乘せされるプラス財源の配分比率。従来、医科の1に対し、調剤には0.3の割合で充てられることが慣例になっているが、ただでさえ調剤薬局チェーンの好業績に批判が強まっているところに不正請求などの不祥事が続き、この0.3が懲罰的に下げられるのではないかとの懸念があった。

結局、配分比率は医科0.63%（約2100億円）、調剤0.19%（約160億円）と、1:0.3が維持され、心配は杞憂に終わった。ただ、これはあくまで表向きの数字。というのも、改定には反映されない「外枠」で、大型門前薬局向けの報酬から約240億円が削減され、それを加味すれば調剤は差し引き80億円程度のマイナスになるからだ。

表1 2018年度診療報酬改定の概要



この「外枠」という手法は前回の16年度改定から取り入れられ、業界内では調剤薬局チェーンの売り上げの一部を国に還元する「国家財政への貢献費」（大手調剤チェーン幹部）とも受け止められている。

大手門前の調剤基本料は、半分から4分の1に

18年度改定の個別項目で、大型門前薬局への厳しい対応が目立つのが、調剤基本料と、基準調剤加算の廃止に伴って新設される「地域支援体制加算」（35点）だ。

調剤基本料は元来41点（基本料1）だが、16年度改定ではグループ全体の薬局の処方箋受け付け回数が月4万回超で、集中率が95%超の薬局については半額以下の基本料3（20点）を適用するようにした。18年度改定ではその基本料3をさらに細分化し、グループ全体の受け付け回数が月40万回超で、集中率85%超の薬局は15点に引き下げるようになった。調剤薬局チェーンの中でも、200店舗規模の準大手以上を狙い打ちする格好だ。

大型門前薬局だけでなく、複数の医療機関が入居する医療モール内の薬局への締め付けも強化する。16年度改定では特定の医療機関からの処方箋受け付け回数が月4000回超の薬局には、基本料2（25点）が適用されるようになったが、18年度改定では同じ建物内にある全ての医療機関の処方箋を合算してカウントするようにする。

大学病院や公的病院が相次いで誘致している敷地内薬局に至っては、基本料1の4分の1となる特別調剤基本料（10点）を適用する。これは院内処方調剤技術基本料（8点）に近い。ほぼその病院の外來患者のみを相手にする敷地内薬局に対しては、院内処方との違いが分かりにくいとの批判があり、調剤基本料の点数を院内処方の水準まで引き下げること薬局側の参入意欲を失わせる狙いがあるとみられる。

地域支援体制加算の施設基準はKPIより厳しく

地域支援体制加算では、施設基準に「夜間・休日などの対応400回」「重複投薬・相互作用等防止加算など40回」など薬剤師1人当たりが1年間で達成しなければならない8つの実績、いわば“ノルマ”

表2 かかりつけ薬剤師・薬局の業務を評価するための「KPI」4項目

①電子版お薬手帳または電子薬歴システムなど、ICTを導入している薬局数
②医師へ患者の服薬情報などを文書で提供した薬局数（過去1年間に平均月1回）
③在宅業務を実施した薬局数（過去1年間に平均月1回以上）
④健康サポート薬局研修を修了した薬剤師が、地域ケア会議などの地域の多職種と連携する会議に出席する薬局数（過去1年間に1回以上）

を課した。しかし、基本料1を算定している薬局は免除される仕組みになっており、調剤薬局チェーンを会員に持つ日本保険薬局協会からは「全ての薬局に求めるべきだ」との不満が噴出している。

今改定ではKPI（Key Performance Indicator）との関係も注目されていた。厚労省は昨年6月、かかりつけ薬剤師・薬局の取り組み状況を評価する指標として、4項目の「KPI」を設定した（表2）。4項目は在宅や患者の服薬状況に関する医師への報告を月1回以上行っていることなどで、厚労省はこれらに取り組む薬局数を把握するため、地域住民に薬局の機能を知らせる都道府県の「薬局機能情報提供制度」の報告事項に19年1月から追加する。

この4項目が基準調剤加算の施設基準に組み込まれるのではないかと観測もあったが、新設される地域支援体制加算の8つの実績の中には、「単一建物診療患者が1人の在宅が年12回」が盛り込まれた。KPIの在宅実績月1回以上とかぶるが、地域支援体制加算は訪問対象者が1人の場合に限定しているため、よりハードルが高い。KPIにある医師への報告月1回の水準と、8つの実績の中の「服薬情報等提供料年60回」についても同じことが言える。

18年度改定は一見して、調剤薬局チェーンの経営環境を厳しくするように映る。ただ、基本料が個店の半分以下である調剤薬局チェーンの店舗が、地域支援体制加算の8つの実績に代表される高水準のサービスを提供できれば、「安価で高サービス」であることを患者や地域にアピールできる。実は、相対的に「高価で低サービス」となる個店を淘汰するのが厚労省の狙いではないかとの見方もある。

今改定では、方向性が決まっていた「いわゆる大型門前薬局の評価の適正化」をさらに進める上で、どのような措置が講じられるかに注目が集まった。

16年度改定で初めて用いられ、今改定でも再び適用された診療報酬本体の「外枠」による56億円(国庫ベース)の削減が調剤報酬にどのような形で反映されるのか、16年度改定以降、全国に広がりつつある敷地内薬局に対する評価はどのようなのか。

結果的に、調剤基本料については門前薬局や医療モール内の薬局を対象にした基本料2を25点に据え置く一方で、適用範囲を拡大。大型門前薬局が対象の基本料3は2つに分け、より規模が大きい薬局グループの店舗を15点に引き下げた。また、敷地内薬局は初めて区分が明確化され、「特別調剤基本料」(10点)に転落することが決まった(表1)。

表1 調剤基本料の点数と施設基準の概要

	改定前	改定後	施設基準	適用除外規定	減算規定
調剤基本料1	41点	① 41点	②～⑤に該当しない	—	
調剤基本料2 (門前薬局、医療モールなどの薬局)	25点	② 25点	処方箋の受付回数が月4000回超で集中度70%超 処方箋の受付回数が月2000回超で集中度85%超 特定の医療機関の処方箋受付回数が月4000回超 ・同じ建物内に複数の医療機関がある場合は全て合算 ・同一グループの他の薬局と集中度が最も高い医療機関が同じ場合には、他の薬局の分も合算	▽薬局が厚労大臣が定める山間・へき地など(「基本診療料の施設基準等」平成20年厚労省告示第62号の別表第六の二)に所在▽薬局が所在する中学校区内の医療機関数が10施設以下で、許可病床数が200床以上の医療機関(中学校区外にあって集中度70%超の医療機関があればカウント)が存在しない▽処方箋受付回数が月2500回を超えない一の全てを満たす	▽妥結率が50%以下▽妥結率・単品単価契約率・一律値引き契約に関する状況について、地方厚生局などに報告していない▽薬剤師のかかりつけ機能に関わる業務(※)を1年間実施していない薬局一のいずれかに該当する薬局は、調剤基本料を50%減額 ▽後発医薬品の使用割合が20%以下(受付回数が月600回以下の薬局、直近1カ月の処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更不可の記載がある処方箋の受付回数が50%以上の場合を除く) ▽上記を地方厚生局長らに報告していない一のいずれかに該当する薬局は調剤基本料から2点減点
調剤基本料3 (大型門前薬局)	20点	③ イ 20点 ④ ロ 15点(新設)	同一グループの処方箋受付回数が月4万回超～40万回以下の薬局のうち、▽集中度85%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引がある一のいずれかに該当 同一グループの処方箋受付回数が月40万回超の薬局のうち、▽集中度85%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引がある一のいずれかに該当		
特別調剤基本料 (敷地内薬局、未届け薬局)	15点	⑤ 10点	医療機関と不動産取引など特別な関係がある薬局で、当該医療機関の集中度が95%超、未届け薬局	—	

※▽調剤料の時間外等加算、夜間・休日等加算▽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▽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、服用薬剤調整支援料▽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、服薬情報等提供料、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、居宅療養管理指導料、介護予防居宅療養管理指導料一の算定回数の合計が年10回未満の薬局

基本料2の「処方箋受け付け月4000回超」 同一建物内の医療機関全ての処方箋を合算

基本料2は「月2000回超かつ90%超」とする基準について、受け付け回数を維持した上で集中率を「85%超」に引き下げる。また「特定の医療機関からの処方箋受け付け回数が月4000回超」のカウント方法については、今改定から新たに薬局と同じ建物内に複数の医療機関が入る「ビル診」などの場合、建物内の医療機関全ての処方箋を合算する。一方、受け付け回数を下げるため、同じ医療機関の門前で複数の薬局をグループで運営しているような場合は、それぞれの薬局における集中率が最も高い医療機関の処方箋を合算することとした。

「薬局と同じ建物内に複数の医療機関が入る」具体的なケースとしては、厚生労働省が3月5日に示した関連通知で「外観上分離されておらず、構造上も外壁、床、天井または屋根といった建築物の主要な構造部分が一体として連結し、あるいは密接な関係をもって接続しているもの」と説明。建物が別々の複数のクリニックが医療モールを形成しているようなケースは、該当しないという。

基本料3、グループ全体受け付け回数 「40万回」で2通りに区分

基本料3については、特定の医療機関からの集中率を現行の「95%超」から基本料2と同様、「85%超」に引き下げる。その上で、グループ全体の処方箋受け付け回数を「4万回超～40万回以下」（3-イ）と「40万回超」（3-ロ）の2つに分け、それぞれ20点、15点を算定する。集中率が85%以下でも特定の医療機関と不動産の賃貸借取引がある場合には、20点か15点を算定することになる。従来の月4万回超の3-イには地方の中小調剤薬局チェーンも含まれるが、月40万回超の3-ロとなると200店舗規模で全国展開する中堅以上の調剤薬局チェーンに絞られるとみられる。

一方で、今改定から敷地内薬局に適用する特別基本料はこれまでの15点からさらに低い10点となる。特別基本料はもともと、基本料の届け出がない（基

本料1～3のいずれにも該当しない）薬局向けの点数だが、病院と不動産取引など特別な関係がある薬局で、同医療機関からの処方箋集中率が「95%超」の薬局を新たに対象に追加する。敷地内薬局を調剤基本料で特例扱いしている基本料2・3とも切り離れたところに、本来は存在してはならない薬局というメッセージも読み取れる。

敷地買い取り、会議室の貸与、開設時期の 指定を受けた場合も特別基本料を適用

敷地内薬局の定義の一つである「病院との不動産取引など特別な関係」については、3月5日の関連通知でその解釈が示されている（表2）。基本料3にある不動産の賃貸借関係だけでなく、薬局の構造規制が見直された16年10月以降、病院の敷地を購入して開局した場合も当てはまる。開局者以外の事業者が医療機関の敷地を賃借して開局した場合や、薬局の会議室などを医療機関に貸与する時間が全体の3割以上となる場合も特別基本料を算定することになる。これまでは医療機関の敷地を薬局が買い取ってしまえば、敷地内薬局には当たらないという見方もあったが、今回の解釈によって敷地内薬局と同一視することが明確化された。

特別基本料はあくまで病院との特別な関係がある場合に限定され、同じ医療機関でも診療所と関係がある場合は基本料3を算定する。医療モール内の薬局のように特定の診療所との間で不動産賃貸借取引があればこれまでと同様に基本料3、大学病院の敷地内薬局のように特定の病院との間で不動産取引関

表2

敷地内薬局の定義「病院である特定の医療機関との不動産取引など特別な関係」の解釈

当該医療機関と不動産の賃貸借関係にある場合（当該医療機関が所有する不動産を当該薬局以外のものが賃借し、当該不動産を利用して開局している場合を含む）

16年10月1日以降に当該医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している場合（薬局以外のものに譲り渡した場合を含む）

当該医療機関に対し、当該薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している場合（全体の貸与時間の3割以上）

16年10月1日以降に当該医療機関から開局時期の指定を受けて開局した場合

係があり、かつ集中度が95%超であれば特別基本料を算定するという切り分けだ。診療所の敷地内に開設された薬局の場合は、グループ全体の処方箋受け付け回数が月4万回超であれば基本料3が適用されることになる。

集中度の算出、付け替え請求踏まえ 同僚や家族の処方箋は除外

一方、今改定から処方箋集中度を算出するに当たり、財務上や営業上などで緊密な関係にある同一グループの保険薬局の勤務者（常勤・非常勤を含む全ての職員）と、その家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居または生計を一にする人）の処方箋を対象外にする見直しを行った。厚労省は「より適正な調剤報酬の算定を求めるため」としており、調剤薬局チェーンで昨年、相次いで発覚した処方箋の付け替え請求問題を踏まえての対応と見られる。付け替え請求問題では、特定の店舗の集中度を下げるため、従業員の家族らの処方箋の調剤をその店舗で行ったように見せかけ、保険請求が行われるという不正が行われていた。

18年度改定では、医療機関と薬局が1施設ずつしかないような医療資源の乏しい地域で、集中度の高止まりによって基本料2・3に転落してしまう薬局の特例除外措置を講じる。厚労省が告示で定める山間僻地や離島などに所在し、処方箋受け付け回数が月2500回以下の薬局が対象。さらに、中学校区

内の医療機関数が10以下で、許可病床数200床以上の病院がない（中学校区外でも集中度70%超の医療機関があればその医療機関もカウント）場合には基本料1を算定できるようになる。

未妥結減算ルールは25%から50%の減算に

医薬品の価格交渉で、妥結率が50%以下だった場合に調剤基本料を25%減算する「未妥結減算ルール」は、かかりつけ薬剤師・薬局の業務を実施していない場合の50%減算に統合することになった。「流通改善ガイドライン」に基づき、①原則として全品目で単品単価契約②医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉を慎む一を売り手、買い手の双方に求め、「単品単価契約率」や「一律値引き」に関する状況を報告しなかった場合も、調剤基本料を50%減算する。これにより、減算後は「基本料1」が21点、「2」が13点、「3-イ」が10点、「3-ロ」が8点、「特別基本料」が5点となる。また、後発医薬品の調剤割合が20%以下の薬局に対し、調剤基本料を2点減算する措置も盛り込まれたが、処方箋受け付け回数月600回以下の薬局や、1カ月の処方箋受け付け回数のうち先発医薬品の「変更不可」がある処方箋が5割以上ある場合には除外される。

現行制度で設けられている薬剤師1人当たり、かかりつけ薬剤師指導料（同包括管理料を含む）を月100件以上算定する場合、基本料2・3から1へ昇格できる特例除外規定については18年度改定で廃止される。

地域支援 体制加算

「体制評価」から「貢献評価」に、施設基準には格差

18年度改定では、基準調剤加算を廃止して新設する地域支援体制加算（35点）が目玉の一つになった。基準調剤加算が薬局の体制整備などを評価していたのに対し、地域支援加算はかかりつけ薬剤師による適切な薬学的管理の提供をはじめ、あらゆる処方箋に対していつでも調剤サービスを提供できる体制や、安全性向上のための事例共有など、地域医療に貢献している薬局を実績に基づき評価するものだ。

基本料1以外のみ8項目の実績

施設基準は基準調剤加算とほぼ同じだが、「地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績」と「医療安全につながる取り組み実績の報告」が新たに盛り込まれた。「相当の実績」は地域支援加算の施設基準の核と言えるものだが、調剤基本料1以外の薬局にはハードルの高い8項目の達成を求

める一方で基本料1の薬局については免除し、比較的達成が容易な3項目に置き換えている(表)。

8項目には、常勤薬剤師1人当たりの年間の実績が定められており、①夜間・休日等の対応が40回②重複投薬・相互作用等防止加算等が40回③服用薬剤調整支援料が1回④単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理が12回⑤服薬情報等提供料が60回⑥麻薬管理指導加算が10回⑦かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料が40回⑧外来服薬支援料が12回—の8項目全てをクリアしなければならない。

これに対して、調剤基本料1を算定している薬局は①麻薬小売業者の免許取得②直近1年間の在宅実績③かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料の届け出—の3項目を全てを満たせば済む。これには業界内に「露骨な調剤薬局チェーンたたき」との反発もあるが、「8項目を達成できる薬局のみ生き残ってほしいという厚生労働省のメッセージ」(大手調剤チェーン幹部)との受け止めもある。

8項目のうち②③⑤⑥⑧—の5項目については、かかりつけ薬剤師包括管理料などを算定する患者に対し、これらに相当する業務を同じ回数行うことで代替できることにした。かかりつけ薬剤師包括管理料などを算定している場合、算定できない点数があるためだ。ただ、後から実施した件数が確認できるよう薬剤服用歴の記録に詳細を記載することを求めている。

薬局機能情報提供制度の「プレアボイドへの取り組み」求める

「医療安全につながる取り組み実績の報告」は、前年1年間に疑義照会で処方変更された結果、患者の健康被害などを防止した事例を提供した実績があり、都道府県の薬局機能情報提供制度に追加される「プレアボイド事例の把握・収集に関する取り組みの有無」で「有」と報告していることなどを求める。報告事項に追加されるのは19年1月からで、19年3月末まで「有」とみなす経過措置期間を設ける。基準調剤加算にある管理薬剤師の要件は当初、撤廃されるとの見方もあったが、存続される。

表	地域支援体制加算の主な施設基準		
地域支援体制加算(35点)	地域医療に貢献する体制があることを示す相当の実績(①~⑧、常勤薬剤師1人当たりの年間件数)を満たす薬局(基本料1は3項目)		
	基本料1	①麻薬小売業者の免許取得	
		②直近1年間に在宅実績があること	
		③かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料の届け出	
	基本料1以外	①夜間休日などの対応	400回
		②重複投薬・相互作用等防止加算など※	40回
		③服用薬剤調整支援料※	1回
		④単一建物診療患者が1人の場合の在宅	12回
		⑤服薬情報等提供料※	60回
		⑥麻薬管理指導加算※	10回
⑦かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料		40回	
⑧外来服薬支援料※		12回	
患者ごとの適切な薬学的管理と服薬指導の実施			
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			
患者の求めに応じた医薬品の情報提供			
一定時間以上の開局(平日は1日8時間以上、土日のいずれかに一定時間以上、週45時間以上)			
備蓄医薬品1200品目以上・一般用医薬品の販売			
薬学的管理・指導の体制整備、在宅体制の情報提供			
24時間調剤、在宅対応体制の整備(他薬局と連携する場合は当該薬局を含め最大3施設まで)			
在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制			
保健医療・福祉サービス担当者との連携体制			
医療安全につながる取り組み実績の報告(「プレアボイド事例の把握・収集に関する取り組みの有無」の「有」など)			
集中率85%超の薬局は後発品の調剤割合が50%以上			

※かかりつけ薬剤師包括管理料などを算定する患者に対して、各項目に相当する業務を同じ回数行うことで代替が可能

18年度改定では、プラス財源や調剤料の引き下げ分をかかりつけ薬剤師指導料や薬剤服用歴管理指導料などの薬学管理料にほとんど充てた。「患者のための薬局ビジョン」で打ち出した「対物」から「対人」業務への転換を促しているのが特徴だ。

かかりつけ料、在籍期間要件「1年以上」に延長

今改定では、かかりつけ薬剤師のさらなる推進を図るため、前回の16年度改定で新設されたかかりつけ薬剤師指導料と同包括管理料の点数を現行の「70点」「270点」からそれぞれ「73点」「280点」に引き上げた（P11表）。

点数の引き上げに合わせて、かかりつけ料の要件も見直しが行われ、注目されていた「当該薬局に6カ月以上」の在籍期間要件は「1年以上」に延長された。18年9月30日までを経過措置期間として10月から適用される。調剤薬局チェーンでは人材育成のため、あえてローテーションで薬剤師の店舗間異動を行っているところも少なくないが、要件がより厳しくなったことで、人事などで制約を受けそうだ。

一方、現場から見直しの要望が上がっていた「週32時間以上」の勤務時間要件については、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定が設けられ、週32時間以上勤務する他の薬剤師を届け出た場合、「週24時間以上かつ週4日以上」の勤務でも要件を満たすとされた。これに対しては女性が多い薬局の現場からは歓迎する声が上がっている。

かかりつけ料を算定する場合に取得する必要がある患者同意書の新たな様式も設けられた。不要な算定を抑制する狙いから、同意書には薬剤師がその患者にかかりつけ業務が「薬学的観点から必要と判断した理由」を書き込む欄を追加。かかりつけ薬剤師に希望することを「薬の一元的・継続的な把握」「他の医療関係者との連携」などの選択肢の中から患者に選んでもらう記入欄も設けた。今年4月1日より前に取得した同意書の場合は、こうした理由の記載がない従来の同意書も有効だ。

重複加算の見直し、「残薬調整」以外を評価

重複投薬・相互作用等防止加算と在宅重複投薬・相互作用等防止管理料については、「残薬調整」に関する場合と「残薬調整以外」に関する場合の2つの区分を設け、残薬調整に関する場合を現行の30点に据え置く一方、残薬調整以外に関する場合を40点に引き上げた。

同加算の算定理由のうち、残薬調整はほかの薬学的観点に基づく疑義照会などと比べて「(薬剤師の専門的業務としての)レベルが違う」(厚生労働省)と判断され、そのほかの算定理由の評価を相対的に引き上げた形となった。服薬情報等提供料も「患者やその家族の求めがあった場合、または薬剤師が必要性を認めた場合」と「医療機関の求めがあった場合」とで2つに点数を区分した。患者や家族の求めなどがあった場合に算定できる同提供料2については現行の20点を維持し、医療機関の求めがあった場合の同提供料1は30点に引き上げた。

医療機関の求めに対しては、医師のニーズを把握しながら文書を作成する手間がかかることなどを考慮し、評価を引き上げた。文書などで患者の服薬状況や服薬指導の要点、患者の状態などを情報提供することを指す。

前回改定でお薬手帳の有無で点数に差を設けた薬剤服用歴管理指導料は各区分で底上げする。6カ月以内にお薬手帳を持参して同じ薬局に再来局した場合は現行の38点から41点に、初回来局時は現行の50点から53点に、それぞれ引き上げた。特別養護老人ホーム入所者を対象に算定する場合も38点から41点へ増点した。

「お薬手帳の活用不十分」な薬局は特例の13点

一方で、お薬手帳を十分に活用していない薬局を対象にした特例点数を新設。高い方の薬歴管理指導料を算定したいため、お薬手帳の持参を患者に勧めていないと疑われる薬局があるため、6カ月以

表 薬学管理料の改定項目			
	改定前	改定後	備考
かかりつけ薬剤師指導料	70点	73点	「当該薬局に6カ月以上在籍」の要件を1年に延長、「当該薬局に週32時間以上勤務」の要件については、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定を設ける
かかりつけ薬剤師包括管理料	270点	280点	同上
薬剤服用歴管理指導料	38点	41点	原則、過去6カ月以内にお薬手帳を持参して同じ薬局を繰り返し利用した場合
	50点	53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以外の薬局に処方箋を持参した患者を含む）
	38点	41点	特別養護老人ホームの入所者に対して行った場合
薬剤服用歴管理指導料の特例	新設	13点	6カ月以内に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数のうち、手帳を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数の割合が50%以下
重複投薬・相互作用等防止加算	30点	40点	残薬調整に関わるもの以外の場合
		30点	残薬調整に関わる場合
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	30点	40点	残薬調整に関わるもの以外の場合
		30点	残薬調整に関わる場合
服薬情報等提供料	20点	30点	医療機関の求めがあった場合
		20点	患者または家族などの求めがあった場合または薬剤師がその必要性を認めた場合

内の再来局患者のうち、手帳を持参した患者の割合が50%以下の薬局には13点の特例点数を適用する。

この場合には薬歴管理指導料の加算も算定できない。1年間の経過期間を設け、18年4月1日～19年2月末までの手帳の活用実績を基に、19年4月1日から適用する。ただ、特例の基準に該当しても直近3カ月間の実績が50%を上回った場合は特例の

対象外になるという救済措置も講じる。

このほか、薬剤服用歴の記載事項は現行の17項目から11項目に整理統合する。「今後の継続的な薬学的管理・指導の留意点」や「薬学的管理に必要な患者の生活像」を新たな項目として追加する一方、健康食品を含む併用薬と薬剤との相互作用が認められる飲食物など関連した項目を統合した。

後発品
使用促進

政府目標に合わせハードル・点数引き上げ

政府が昨年6月にまとめた「経済財政運営と改革の基本方針2017」（骨太の方針17）には、後発医薬品の使用割合を20年9月までに80%とする新たな政府目標が掲げられ、さらなる使用促進策を検討することを打ち出した。

この目標を踏まえ、18年度改定では、後発医薬品調剤体制加算を現行の2段階から3段階に変更。現行の加算1「65%以上」（18点）と加算2「75%以上」（22点）は点数を据え置いたまま、それぞれ「75%以上」と「80%以上」に数量割合を引き上げた。

表 後発医薬品の使用促進策関連の調剤報酬（診療報酬）の概要

	改定前			改定後			備考
後発医薬品調剤体制加算	1	65%以上	18点	1	75%以上	18点	政府の新目標に合わせて基準を見直し、点数を3段階に。新たに使用割合が少ない場合の減算規定を規定（P6調剤基本料の表に記載）
	2	75%以上	22点	2	80%以上	22点	
				3	85%以上	26点	
後発医薬品使用体制加算 (医科)	1	70%以上	42点	1	85%以上	45点	政府の新目標に合わせて基準を見直し、点数を4段階に
	2	60%以上	35点	2	80%以上	40点	
	3	50%以上	28点	3	70%以上	35点	
				4	60%以上	22点	
外来後発医薬品使用体制加算 (医科)	1	70%以上	4点	1	85%以上	5点	院内処方では後発品の使用割合が高い診療所を評価。政府の新目標に合わせて基準を見直し、点数を3段階に
	2	60%以上	3点	2	75%以上	4点	
				3	70%以上	2点	
一般名処方加算 (医科)	1		3点	1		6点	後発品がある全品目を一般名処方した1と、1品目でも一般名処方がある2を共に引き上げ
	2		2点	2		4点	

その上で、最も高い点数区分となる加算3「85%以上」(26点)を新たに設けた(表)。

厚生労働省がまとめた17年9月の調剤医療費(電算処理分)の動向によると、後発品の使用割合は、数量ベースで前年同期に比べ3.1ポイント増の69.6%と、70%が目前になっている。

昨年11月に中医協に報告された「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」(17年度調査)の結果によると、17年6月時点で「75%以上」の加算2を算定しているのは35.0%、「65%以上」の加算1は32.0%と、7割近くが加算を算定していた。一方、届け出(算定)なしも32.0%に上るなど、政府目標を達成するにはこの層を引き上げることも大きな課題になっている。

シェア低い薬局にはペナルティー

こうした背景から、今改定からは後発品の推進に

消極的な薬局に対するペナルティーが導入された。後発品の数量シェアが20%以下の場合、調剤基本料を2点減算する。ただ、処方箋の受け付け回数按月に600回以下の薬局と、直近1カ月の処方箋のうち後発品への「変更不可」の処方箋が50%以上の場合には適用されない。

医科では、一般名処方加算の評価を倍に引き上げた。後発品の推進に効果があることが認められたため、1品目でも一般名処方が含まれる「加算2」(2点)を4点に、後発品がある全医薬品を一般名処方とした場合の「加算1」(3点)は6点にする。

後発品使用体制加算と外来後発品使用体制加算も国の新たな数量シェア目標を踏まえ、要件を変更する。現行で3段階になっている使用体制加算は4段階、16年度改定で新設された後発品の使用割合の高い診療所を評価する外来使用体制加算は2段階から3段階に変更する。

在宅

医療・介護で月間指導患者数に応じた3段階評価に

薬局薬剤師による在宅医療の評価は、医療保険、介護保険でそろってこれまでの2区分から3区分に見直される(表1)。在宅患者訪問薬剤管理指導料は、同一月に同一建物で指導した人数(単一建物診療患者)に応じた3段階の評価となる。2016年度診療報酬改定で行われた在宅時医学総合管理料などの見直しになったものだ。

これまででは、同一日に同一建物に住むほかの患者に訪問薬剤管理指導を行う場合に減額措置を設け、「同一建物居住者以外」が650点、「同一建物居住者」が300点の2区分の点数設定になっていた。それを単一建物診療患者が「1人」の場合が650点、「2～9人」が320点、「10人以上」が290点にする。

従来の制度では同じ建物で複数の患者を指導しても日にちをずらせば高い方の点数を算定することも可能だったほか、同じ日に指導する患者数が2人でも10人でも点数に差がなかったため、患者人数の考え方を見直すとともに点数を細分化したわけだ。

ただ、単一建物診療患者1人の考え方には例外規定も設ける。同居する高齢夫婦などに指導を行う場合や、指導を行う患者数が建築物の戸数の10%以下、建築物の戸数が20戸未満で指導を行う患者が2人以下の場合は、それぞれの患者に対し「1人」

の場合の点数を算定できる。

18年度介護報酬改定でも、居宅療養管理指導の評価を、在宅患者訪問薬剤管理指導と同様、「単一建物居住者数」に応じた3段階評価に改める。現行では「同一建物居住者以外」が503単位、「同一建物居住者」が352単位のところ、単一建物居住者が「1人」が507単位、「2～9人」が376単位、「10人以上」が344単位になる。

効率的な施設だけでなく、非効率な個人宅もカバーしてほしいというメッセージは、点数だけでなく制度設定にも反映されている。新設される地域支援体制加算の算定に必要な薬剤師1人当たり年12回の実績(調剤基本料1以外)は、1人の場合に限定している。

無菌製剤処理加算を引き上げ、乳幼児への加算新設も

薬剤師の在宅業務をより進めるため、無菌製剤処理加算の評価を引き上げるほか、乳幼児に対する在宅業務への新たな加算も設ける(表2)。中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤、麻薬はそれぞれ1日当たり点数が2点、6歳未満の乳幼児の点数はそれぞれ5点増額となる。また、無菌製剤室を共同利用した場合の費用に関して、無菌製剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の合議にすることを明確にする。

表1 在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理費の点数

		改定前		改定後	
【医療保険】 在宅患者訪問 薬剤管理指導 料	同一建物 以外	650点	1人	650点	
			2～9人	320点	
	同一建物	300点	10人以上	290点	
【介護保険】 居宅療養管理 指導費 (薬局薬剤師)	同一建物 以外	503単位	1人	507単位	
			2～9人	376単位	
	同一建物	352単位	10人以上	344単位	

※改定後の人数は、医療保険が単一建物診療患者、介護保険が単一建物居住者

※同居する同一世帯に単一建物診療患者が2人以上いる場合、患者が建物戸数の10%以下の場合、建物戸数が20戸未満で患者数が2人以下の場合は、それぞれ「1人」の点数を算定

表2 無菌製剤処理加算の点数

		改定前	改定後
中心静脈栄養 法用輸液	1日当たり	65点	67点
	6歳未満の乳幼児の場合	130点	135点
抗悪性腫瘍剤	1日当たり	75点	77点
	6歳未満の乳幼児の場合	140点	145点
麻薬	1日当たり	65点	67点
	6歳未満の乳幼児の場合	130点	135点
乳幼児加算	通院が困難な6歳未満の乳幼児患者宅を訪問し、患者や家族らに薬学的管理や指導を行った場合に算定	新設	100点

新設された服用薬剤調整支援料は、16年度改定で医科で一足先に導入された薬剤総合評価調整加算・管理料の“薬局版”と言える。6種類以上の内服薬を飲み始めて4週間以上が経過した患者について、薬局薬剤師が患者の意向や副作用の可能性などを踏まえて処方医に減薬の提案を行い、2種類以上減少した状態が4週間以上継続した場合に月1回算定できる仕組みだ（表1）。少なくとも1種類が薬局薬剤師の提案による減薬でなければならず、まさに腕の見せどころとなる。

配合剤や剤形の変更提案は実績とみなさず

調剤基本料2・3を算定するチェーン薬局にとって、調整支援料はどうしても算定したい調剤報酬の一つ。薬剤師1人当たり年に1回以上算定することが地域支援体制加算の8つの実績の中に盛り込まれたためだ。早速、医師に処方提案する際のフォーマットづくりに取り掛かる薬局もある。

薬局薬剤師からの提案は、減薬につながれば何でもいいというわけではない。頓服薬は内服薬の対象外となっているほか、服用から4週間が経過していない内服薬は調整前の6種類以上の内服薬に含めることはできない。また、同一成分を含む配合剤や内服薬以外の剤形への変更については、たとえ薬局薬

剤師の提案で内服薬の減少につながったとしても実績にはカウントされない。

医科ではこのほか、かかりつけ医が入院先の医療機関や薬局などと連携し、患者の減薬に向けた情報を提供したり、減薬後の状況をフォローしたりすることを評価した薬剤適正使用連携加算が新設される。診療所や中小病院（200床未満）の主治医機能を評価した地域包括診療料などを算定する患者の処方入院をきっかけに見直す際、入院先の医療機関に対して処方内容や薬剤服用歴を提供している場合などに算定できる。

薬歴管理料の算定要件に抗菌薬の適正使用の啓発

また、抗菌薬の適正使用に向け、薬剤服用歴管理指導料の算定要件に、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていることが追加される。薬剤耐性菌対策の一環で、薬歴管理料だけでなく、地域包括診療料などの算定要件にも加わる。

小児患者に対する医師の診察で抗菌薬の使用の必要性が認められない場合に、その説明を含む指導を行った場合に算定できる小児抗菌薬適正使用支援加算も新設。無用な投薬を防ぐための点数だが、「点数を取りたいために投薬しない医師も現れるのでは」（都内の診療所）との懸念もある。

表1 医薬品の適正使用に関する主な項目（医科含む）

	現行点数	新点数	施設基準
服用薬剤調整支援料	新設	125点	医療機関と連携し、6種類以上の内服薬が処方されている外来患者について、薬局薬剤師が文書で処方医に提案し、2種類以上が減少した場合に月1回に限り算定。配合剤や剤形の変更提案は実績にはならない
薬剤総合評価調整加算 （入院患者対象、医科）	250点	250点	評価対象に地域包括ケア病棟入院料を追加
薬剤適正使用連携加算 （医科）	新設	30点	地域包括診療料などを算定する患者が入院・入所した場合に、入院先の医療機関などと医薬品の適正使用に向けた連携を行った場合に算定
向精神薬調整連携加算 （医科）	新設	12点	向精神薬の多剤処方状態で、ベンゾジアゼピン系の薬剤を同一用法・用量で連続1年以上、処方されていた患者について、減薬した上で薬剤師らに症状の変化などの確認を指示した場合に算定
小児抗菌薬適正使用支援加算（医科）	新設	80点	急性上気道感染症が急性下痢症で受診した小児の初診で、抗菌薬投与の必要性が認められない場合に療養上必要な指導を行った場合に算定
薬剤服用歴管理指導料	50点 (38点)	53点 (41点)	抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていることを算定要件に追加

分割調剤は手続きを明確化 「リフィル」の布石なるか

18年度改定では、一定期間、同じ処方箋を繰り返し利用する「リフィル処方」の導入も検討テーマの一つに上がっていた。政府が昨年6月に閣議決定した骨太方針17には、リフィル処方の推進を検討することが明記され、厚労省の意気込みをうかがわせたが、結局、中医協で具体的な制度設計が議論されることはなかった。

16年度改定では、長期投薬の際、患者の症状が安定しているものの服薬管理が難しい場合には、医師の指示で分割調剤をすることが可能になった。しかし、実際に分割指示を行ったことがある医療機関は診療所で6%程度、病院で8%程度にとどまり、18年度改定ではまずこの裾野を広げることを目指す。

記載事項が乱雑にならないよう分割指示の処方箋を本体と「別紙」の2枚に切り離すとともに、分割調剤の手続きも定めた(表2)。分割回数は3回までで、次の調剤が予定される時期に患者が来局しない場合には、薬局薬剤師が電話などで状況を確認することを明記した。薬剤師の関与がより強まり、「実質的には日本型リフィル」(日本チェーンドラッグストア協会)との受け止めもある。

表2 分割調剤に関する取り扱いの明確化

分割の回数は3回まで
分割を指示する処方箋を発行した場合は患者に対し、調剤を受けるたびに、記載された回数に応じた処方箋と別紙を薬局に提出するよう指導する
薬局薬剤師は分割指示の処方箋を交付された患者に対し、継続的な薬学的管理指導のため、同一の薬局で調剤を受けるべき旨を説明する
薬局薬剤師は、患者に次の調剤の予定を確認する。予定される時期に患者が来局しない場合には、電話などで状況を確認する。患者が別の薬局で調剤を受ける場合には、その薬局に必要な情報をあらかじめ提供する
1枚目の処方箋が使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合には、その処方箋は無効とする

18年度改定では、処方箋に患者の検査値を表示する医療機関を評価する案もあったが、医師会の反対で見送られた。リフィル処方を導入するには、薬剤師が必要に応じて患者に受診勧奨できるような検査値を読む能力などが求められる。新たに点数を付けることで検査値が表示された処方箋を増やし、20年度改定でのリフィル処方の導入に備えて薬剤師に対応力を養ってもらおう段取りだったとの見方もある。

調剤料

「15～21日分」一気に3点減、次回以降も小刻み減点か

「対物業務」の代表格である内服薬調剤料は、16年度改定に続いて18年度改定でも引き下げられた。今改定でも日数倍ではない15日以上3区分が対象となり(表)、全体的な引き下げ幅が大きくなっている。業界内では、次回改定以降も小刻みな減点が続くことが既定路線と受け止められ、「真綿で首を絞められているようだ」(薬局経営者)との声も漏れる。3区分の引き下げの傾向は前回とは異なる。16年度改定では「15～21日分」が1点、「22～30日分」が1点、「31日分以上」が2点減となったのに対し、18年度改定ではそれぞれ3点、2点、1点の減となった。1点減だった「15～21日分」が一気に3点減となる一方、2点減だった「31日分以上」

表 調剤料の点数(内服薬)

	14年度改定	16年度改定	18年度改定
1～7日分	5点/日	5点/日	5点/日
8～14日分	4点/日	4点/日	4点/日
15～21日分	71点	70点	67点
22～30日分	81点	80点	78点
31日分以上	89点	87点	86点

は1点減に緩和された。1区分のみを引き下げるのではなく、まんべんなく引き下げる方針に映る。

「1～7日分」「8～14日分」については、今回も引き下げが見送られたが、中医協や財政当局からはむしろこちらの日数倍の仕組みに対する批判が強い。次回改定以降で手が付けられる可能性もある。

16年度改定後のエビデンスで 薬学管理料はほぼ増点、薬剤師の 専門性生かした「アウトカム」を

安部 好弘 氏 日本薬剤師会常務理事

1983年3月昭和薬科大卒業後、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



地域支援加算

「イメージしやすい名称になった」

— 2018年度調剤報酬改定の全体的な受け止めを。

前回の16年度改定では「かかりつけ薬剤師」の評価を新設する一方、従来大型門前薬局に「調剤薬局チェーン」という基軸を加えて調剤基本料を適正化するなど、根本的な見直しを行った。18年度改定は、16年度改定の影響のエビデンスに基づいて議論が進められた改定だったと感じている。

かかりつけ薬剤師やお薬手帳の普及、医療機関との連携などについては「16年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（17年度調査）」の結果から、一定程度進んでいるとの評価が得られた。

一方、薬局経営の効率性については医療経済実態調査から、これまでと同様に店舗数が多いほど収益率が高く、経営効率が良いとの結果が明らかになったことを踏まえ、見直しが行われたと受け止めている。

— 地域支援体制加算の新設により、薬局にどのような変化が求められるか。

これも16年度改定が大きく影響していると考えている。前回改定の議論では「基準調剤加算は不要。かかりつけ薬剤師に対する評価だけで良いのではないか」との指摘が上がった。

ただ、（新設されたばかりの）かかりつけ薬剤師が安心して仕事ができる環境を整えるには、基準調剤加算のようにかかりつけ薬剤師を支える体制整備を評価する必要があった。結果的に、基準調剤加算を一本化した上で、地域包括ケアシステムの中で薬局が果たすべき役割を見据えた実績や体制整備を要件に盛り込んだ。

今回新設される地域支援体制加算は、薬局が地域のために役割を果たしていることをイメージしやすい名称になったと思う。調剤の機能しか持たない“ガラパゴス的”な薬局を、高齢化のピークとなる2025年に向けて、そうではない体制に戻していく必要がある。地域支援体制加算は、そのために何が必要かといった点を踏まえていると考えている。

手帳の適切な活用進むも
約8%が持参率「50%未満」

— 対人業務の評価充実のポイントは。また、薬歴に「次の服薬指導計画」の記録を求める狙いは。

対人業務の評価については、地域支援体制加算や服用薬剤調整支援料の新設をはじめ、かかりつけ薬剤師指導料、服薬情報等提供料、重複投薬・相互作用等防止加算などの項目が増点となった。これは、医師との連携などを通じて薬剤師の専門性を生かしアウトカムを示していくことへの期待の表れでもある。

お薬手帳の活用については、適切な活用実績が認

められない薬局に対して薬剤服用歴管理指導料の「特例」(13点)が新設された。中医協における過去の議論では「お薬手帳を何冊も持っている患者が大勢いる」との批判があり、試行錯誤を重ねながら16年度改定ではお薬手帳を持参すれば窓口負担が安くなるという思い切った仕組みを導入した。

その結果、お薬手帳の適切な活用が進んでいるとするデータが示された一方、6カ月以内に来局した患者のお薬手帳の持参率が50%未満の薬局も依然として8%程度あることが分かった。

中医協では「(お薬手帳がない場合の)50点を算定したいがために、積極的にお薬手帳を推進していない薬局もあるのではないか」といった懸念が示されたが、お薬手帳を積極的に推進している薬局が大部分を占める中で、手帳を十分活用していないところがあると、全体として薬学的管理をしっかり行っているとは評価され難い。そのため「特例」という形で低い評価区分を設けた。

この特例は、19年3月末までの経過措置が設けられており「お薬手帳の活用をより推進してほしい」というメッセージだと捉えていただければと考えている。

薬歴の記録事項については、これまで17項目示されていたが、「毎回全ての項目を記載していなければ算定できない」と誤解されていることも多く、薬歴の形骸化が懸念されていた。そのため、今回の改定では「次回服薬指導の計画」を項目として明示するとともに、既存の17項目を実態に即した形へと整理した。

薬剤師の服薬指導や情報提供が、患者にどう理解され、どのようなアウトカムにつながったのかを把握することは、次の服薬指導を行う上で不可欠だ。そのためには「薬歴の記録の継続性」が重要だと考えている。

過大な収益を上げているところの適正化は「やむなし」

—いわゆる門前薬局の評価のさらなる適正化をどう考えるか。また敷地内薬局の扱いに対する受け止めは。

薬局に限らず過大な収益を上げているところは、医療保険制度という公的な仕組みである以上、適正化はやむを得ない。大型門前薬局については、収益性と地域包括ケアシステムの中で薬局に求める絵姿といった観点から適正化されたと受け止めている。

医薬分業が、マンツーマン中心で始まったからといって、隣の医療機関の処方箋だけを受けていれば良いということではない。薬剤師が質の高い医療サービスを提供し、患者が常にアクセスできる体制を整備することを通じて、患者からかかりつけ薬剤師・薬局として選ばれるということが重要だ。

一方、敷地内薬局は今回改定で初めて切り分けられた。特別調剤基本料として10点というのは厳しい評価であり、今後の調査でどのような影響が出るのか見極めていく必要がある。ただ、10点という点数は「医薬品の備蓄等の効率性も考慮した評価」だと受け止めている。

自分たちで調剤料の在り方を議論

—今後の調剤報酬の方向性について。

今回改定では、対人業務の評価の充実として、薬剤師の専門性を生かしアウトカムを示すことに重点が置かれた。こうした流れは、今後も続くと思える。

一方、調剤料については、前回改定に引き続き下げられたが、調剤料の在り方を議論するのはわれわれ薬剤師自身だと考えている。ほかから何かを言われることなく、自分たちで検討していくことが必要だ。

さらに、病診薬の連携については、今回改定で医師の指示に基づく分割調剤の推進に向けた処方箋様式の見直しなどを行った。連携については、相手のあることでもあり、実際に行うと難しい側面が生じる場合もある。今回、見直した点を含め、現場の声を聞きながらさらにブラッシュアップしていく必要があるだろう。



調剤基本料の特例拡大は厳しいが、「薬剤師による処方介入」の評価に厚労省の期待感じる

岩崎 裕昭 氏 日本保険薬局協会医療制度検討委員会委員長

1998年4月株式会社阪神調剤薬局入社。2000年6月同社取締役商品本部長兼購買部長。12年12月阪神調剤ホールディング株式会社設立、専務取締役。17年7月阪神調剤ホールディング株式会社代表取締役専務(現任)。17年5月日本保険薬局協会医療制度検討委員会委員長

—18年度調剤報酬改定全体をどのように評価しているか。

門前薬局などを対象にした調剤基本料の特例の拡大は非常に厳しい一方で、良い改定をしていただいたという印象もある。医療機関との連携が求められる服用薬剤調整支援料の新設をはじめ、薬剤師による処方介入が新たに評価されている。薬局・薬剤師にとっては、厚生労働省から非常に期待してもらっているのではないかと感じる。そこをきちんと取り組んでいけばより評価も高まり、薬局・薬剤師の地位も向上していく。そういう方向性をかなり示してもらえたのではないかと感じる。

「患者のための薬局ビジョン」などで、厚労省が言っている門前が面の処方箋をより受けて地域貢献をなささいという方向にはまってきたイメージだ。今までの改定は一包化加算が何点になるとかそんなことばかりだったが、今回は全くそんなことない。対人の方に向いている。

—会員企業の薬局経営への影響という観点から特に注目している改定項目は。

大手に関しては調剤基本料の見直しが大きい。処方箋受付回数月2000回超の集中率が95%から85%に引き下げられ、対象が拡大する調剤基本料2については、大手ではないチェーンにとっても影響が出てくる。10%（の差）というのは非常に大きい。

影響は企業によってまちまちだが、これまで大手

中心への特例適用だったが、さらに規模の小さい薬局にも影響するだろう。

8項目の実績は基本料1の薬局も取り組むべき

—新設の地域支援体制加算の内容をどう受け止めているか。

加算の要件は厳しいが、目的は良いと思う。ただ、調剤基本料1の薬局には三つの要件しか課されず、それ以外の薬局には地域医療に貢献する体制を示す8実績が求められる。この8項目は調剤基本料1の薬局を含め、どの薬局もきっちり取り組み、全体の薬局が同じようなレベルになっていくことが大事だ。8項目に取り組み、地域に貢献していくことは、今後の薬局の使命だと言える。基本料1の薬局が8項目を満たさなくても良いと捉えれば、この2年間で差が出てしまう。

8項目の要件をみると、「夜間・休日等の対応実績400回」が特に厳しいという印象だ。夜間や休日に関局して処方箋が来るのか。薬局が「土曜日のお昼以降も私どもは処方箋を受け付けていますよ」というアピールをしないと患者さんは分からないので、PRしないとこの実績は難しいだろう。

「麻薬指導管理加算10回」についても麻薬の処方箋は普通来ないので、外に向かって「我々は麻薬の取り扱いをしています」とアピールしないと行けない。逆に、そこを一生懸命やれば患者さんや地域から評価されるはずなので、やりがいはある。今まで

の薬剤師はこもっていたが、地域に出て行く必要がある。今後薬局が当然行っていくべき内容を、厚労省が明確に8項目に書いてくれたと捉えている。

―同じく新設の服用薬剤調整支援料についてはどのような印象を持っているか。

非常に良いと思う。じっと待っているような薬局では駄目だ。(算定するには)薬局側から医療機関に働き掛ける必要があるし、薬局がきちんとした仕事をできなければ、1回で医療機関から外されると思う。きちんと仕事をした薬局が評価される。

地域支援体制加算も含め、服用薬剤調整支援料によって、薬局、患者さん、医療機関にどのような影響があるのか。服用薬剤調整支援料では患者さんの薬が減るわけだから、その影響がどのくらいの額になるのかということも大事になるだろう。その結果をエビデンスとして出していかないといけない。次回改定はすぐにやってくるので、日本保険薬局協会として最初の半年くらいで第一段階の状況を出したい。当然全体のエビデンスを示す必要はあるが、新設の地域支援体制加算と服用薬剤調整支援料については特にエビデンスを出す必要があると思っている。

―かかりつけ薬剤師指導料の要件見直しの受け止めは。

在籍期間が半年から1年になったのは、単純に厳しいという印象だ。厚労省からすれば「地域に根差して」という考えがあるでしょうから、そこは人材が店舗を移る期間を考えてクリアするしかない。

期間が伸びたのは、恐らく「地域をもっと知りなさい」ということもあると思う。なぜ伸びたのかを考え、実行することが大事になってくる。実行した上で、在籍期間が延長したことによってどのような影響があったのかをエビデンスとして出すことが、今後の改定に影響するのではないか。

育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定が設けられたことは、本当に良かったと思っている。現場のニーズが反映されて、現場の薬

剤師のやる気も出るのではないか。(週32時間未満の薬剤師が)のけ者にされているようなイメージになってしまうと、モチベーションが下がってしまうので、今回のことは非常にありがたい。

―後発医薬品調剤体制加算が3段階となり、数量割合が引き上げられたことについては。

後発品の推進は何年も前から厚労省が言っていたので、当然の流れだという受け止めだ。これまできっちり取り組んできたところは評価されるし、してこなかったところは評価されない。

今回、医師側の一般名処方加算が倍に上がる。厚労省も本気なのだろう。たとえ小さい点数でも、倍に上がるのはすごいことだ。今まで薬局が行ってきた後発品推進への取り組みが、もしかしたら評価されたのかもしれない。ここからさらに進めるには、医師側に(インセンティブが)行かないと無理ではないかと、ある程度思っていたのではないか。

20年度改定へ「チェーンの良さ」をアピール

―前回に引き続き、今回も外枠で大型門前への適正化が行われた。18年度改定に向けた活動での反省点や、次の20年度改定に向けて必要なことは。

チェーンがやっていることを、もっと皆さんに分かっていただく取り組みを強化しないといけない。マイナス面ばかりが目されるが、チェーンが一生懸命取り組んでいることもたくさんある。例えば、人材研修や安全性に関する取り組み、ICT化の推進などだ。そういった点のアピールがうまくできなかったのは一つの反省点だ。社会や地域に貢献しているチェーンの良さのアピールが弱かった。ただ儲かっているといったことに終始してしまった。

20年度改定に向かっては、今の反省点を踏まえて、チェーンならではの良さをきちんと出していかないといけない。また地域の多職種、医療機関、患者さんから評価されることも出していかないといけない。新設の加算のエビデンスを示していくことがその一つになる。



そろそろ「面分業」に対応しろという メッセージ、DgSは点数だけに右往 左往せず「流れ」見て

宗像 守 氏 日本チェーンドラッグストア協会事務総長

1955年6月生まれ。85年に小売業のコンサルタント会社、日本リテイ
ル研究所設立。99年6月から日本チェーンドラッグストア協会(JACDS)
の事務総長を務めている

—18年度調剤報酬改定についてどのように受け止 めているか。

かつて塩崎恭久前厚生労働大臣が「病院の前の景色を変える」と発言し、その後の16年度改定では、(大型門前薬局に)若干メスが入られ、モノからヒトへという方向性も打ち出された。ただ、もっと大々的なものが出てくるのかと思っていたが、緩やかな内容だった。しかし、今回の改定は(薬剤師が)業務をきちんとやった部分には点数が付くが、集中率の引き下げで門前薬局(の経営)そのものが非常にやりにくくなった。全体なベクトルを見ると、今後在宅だとか薬剤師の業務について点数を付けていく形は変わらないと思う。一方、単純な調剤をやっている薬局については、集中率を含めてどんどん点数を下げていこう。そうすると、あと2~3回(の改定)を経て、今調剤を応需している店舗が恐らく半減するのではないかと。

一気に進めると混乱するので、(厚労省は)少しずつ対応しているという感じだ。今後、分業を推進するために付けた点数をどんどんそぎ落とし、面分業や在宅といった部分に付けていくのではないかと。それが今回の改定ではわりと鮮明に打ち出された。付け替え請求問題が起こったこともあり、基本料2・3で特定の医療機関からの集中率の基準が85%超に引き下げられたことも、かなり(経営に)影響するだろう。

—集中率の引き下げがドラッグストアの経営に与える影響は。

ドラッグストア業界では企業や店舗によって、だいぶ(集中率が)違うが、(集中率の引き下げの影響は)あまりないかもしれない。ドラッグストアの集中率は高いところでも60%ぐらいではないかと。門前薬局をやっている企業もあり、その店舗については80~90%という集中率になるだろうが、おしなべて50%あるかないかだと思う。集中率を引き下げることによって基本料1以外の薬局が増える。今後、さらに集中率の基準が85%超から75%超、60%超、50%超というように下げられ、点数も現状のままかどうかも分からない。敷地内の薬局についても同じように点数が下げられた。これは誰かが「薬局いじめ」をしようとしているのではなく、もうそろそろ(面分業に)対応しなさいよ、ということではないかと。薬価差益や技術料で大きな儲けを出していくという構造というのは続かないと思うべきだ。

地域支援加算とらなくても ほかの買い物を誘発できる

—基準調剤加算に代わって新設される地域支援体制加算についてどう見ているか。

これを取っていくかどうかは各企業の判断だが、ドラッグストア業界として「皆でこれを取っていきましょう」とはなりにくい。こういう点数が付く付かないにかかわらず、患者満足というところからすると、まだまだやるべきことはたくさんある。加算を取ったら取ったで、社内の組織的な問題やコスト

の問題もあるし、患者の負担額も増える。それよりもドラッグストアであれば、(加算を取らなくても)多くの処方箋が来れば、ワンストップショッピングでほかの買い物を誘発することができる。健康食品もOTCもスキンケア商品も置いているので、患者満足にもつながり、利益も出る。取るか取らないかは各社で判断してほしい。

施設基準で調剤基本料1以外の薬局は地域医療に貢献する体制があることを示す8つの実績が求められているが、不公平だ。違うサービスで同じ点数というのはおかしい。基本料1の薬局は自動的に加算が取れて、それ以外の薬局はコストもかけてかなり努力しないと取れない。そうすると、この加算は取らないという選択をするところも出てくるだろう。

ドラッグストア業界に言いたいのは、今回の改定だけに目を奪われないでほしいということだ。水はどちらからどちらに流れているのか。今いる場所はどこにあって、数年後にどこに行こうとしているのか。それを踏まえて今回の対応方法を考えないといけない。こんなことを言えるのもドラッグストアはまだ調剤売上の比率がまだ低いからだが、だからこそ、どちらに世の中が流れているのかを考えてほしい。点数だけに右往左往せず、10年後を見据えて、対応してほしい。

地域支援体制加算を取るか取らないかということでは企業が判断することだが、なぜこういうものができたのか。地域支援体制が必要だというのはその通りだと思うが、それがこの(地域医療に貢献する体制を示す実績)8項目かということ、もっと違う支援があるのではないか、あるいはもっと連携するものがあるだろう。この加算を取る、取らないということだけでなく、4年後、6年後の姿を見据えて対応していくしかない。

在籍期間「1年以上」への延長 根拠が分からない

—かかりつけ薬剤師指導料で、「当該薬局に6カ月以上」の在籍期間要件が「1年以上」に延長されることになったが。

本当にかかりつけ薬剤師の仕事をやる上で、1年以上というのが妥当性があるのか。現行の6カ月以上についても本当に必要なのか。いくらスキルがあっても在籍期間が短いと駄目という意図は正直言って分からない。調剤薬局チェーンでは人事異動もあるので取れなくなる薬剤師が出てくるだろう。論理的、科学的に、在籍期間が6カ月では駄目だという根拠が示されていない。明らかなのは、かかりつけ薬剤師になることが難しくなるということだ。これまで取れていた人も異動で勤務場所が変わったらしばらく取れなくなる。本当は増やしていかないといけないのに、逆行している。

一方、「当該薬局に週32時間以上勤務」の要件については、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定が設けられた。これは以前から要望があったことで、良かった。どれだけ該当者がいるか分からないが、女性が多い職場なので当然のことだと思う。

—今回の改定では分割調剤の手続きが明確化されたが、どう評価しているか。

分割調剤とは言っているが、これは「リフィル処方への道筋」で、歓迎している。長期処方の患者に薬剤師が関与し、服薬状況と体調を確認して、場合によっては調剤しないで医師に戻すというチェック機能を委ねられるということは大変良いことだと思う。

医師との間を取り持って、問題が起こっていないかどうかや、薬による副作用だけでなく、病気の進行が食い止められているかどうかをチェックし、問題を発見したら医師に戻す。これは薬剤師の重要な機能で、大変評価している。薬剤師が機能を問われるのは本当にそこだと思う。かかりつけ薬剤師になるためのポイントだ。特に慢性疾患が中心になると思うが、薬剤師はそれに対応して、実績を積んで、拡大していかないといけない。医師にとってもプラスだ、良かったというようになれば、リフィル(分割調剤)の拡大、制度化につながることを期待している。

1 2018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-2(かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価)一⑥

かかりつけ薬剤師の評価

骨子【I-2(7)(8)】

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に関する評価について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 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について、患者の同意取得時に、患者の状態等を踏まえたかかりつけ薬剤師の必要性やかかりつけ薬剤師に対する患者の要望等を確認することを要件とする。
2. 上記1. と併せて患者の同意取得の様式を整備する。
3. 処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象の薬局について、かかりつけ薬剤師指導料等の一定の算定実績がある場合に特例対象から除く取扱いを廃止する。
4. 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について、当該保険薬局における在籍期間の要件等を見直す。

I-2(かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価)一⑦

地域医療に貢献する薬局の評価

骨子【I-2(9)】

第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。また、医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

第2 具体的な内容

1. 夜間・休日対応や医療機関等への服薬情報提供の実績など、地域に貢献する一定の実績があること等を前提として、地域支援に積極的に貢献するための一定の体制を整備している薬局を評価する。
2. 施設基準において、一定時間以上の開局や医薬品の備蓄品目数等に加えて、薬物療法の安全性向上に資する事例の報告や副作用報告体制の整備を要件とする。併せて、基準調剤加算を廃止する。

(新) 地域支援体制加算 35点

【算定要件】

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、地域支援体制加算として所定点数に35点を加算する。

【施設基準】

- (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績があること。(※)
- (2) 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。
- (3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供していること。
- (4) 一定時間以上開局していること。
- (5) 十分な数の医薬品を備蓄していること。
- (6) 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。
- (7) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、24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。
- (8) 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。
- (9) 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

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準 (1) 次の全てを満たす保険薬局であること。</p> <p>イ 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又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に適合している薬剤師であること。</p> <p>ロ 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算定について、相当の実績を有していること。</p> <p>【かかりつけ薬剤師指導料】 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 【施設基準(通知)】 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。 (1) 以下に掲げる勤務要件等を有していること。 ア、イ(略) ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に6月以上在籍している。</p>	<p>【調剤基本料】 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準 (削除)</p> <p>【かかりつけ薬剤師指導料】 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 【施設基準(通知)】 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。 (1) 以下に掲げる勤務要件等を有していること。 ア、イ(略) ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に12月以上在籍している。</p>

未妥結減算の見直し

骨子【I-4(4)】

第1 基本的な考え方

薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、「流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

第2 具体的な内容

1. 妥結率が低い保険薬局及び許可病床数 200 床以上の病院における、初診料、再診料及び調剤基本料等の減算の取扱いを以下のとおり見直す。
 - (1) 「流通改善ガイドライン」に基づき、①原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、②医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉を慎むことを理念として明記する。
 - (2) 保険薬局及び許可病床数 200 床以上の病院に対し、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」等に係る報告を求め、報告を行わなかった場合の減算を設ける。
 - (3) 妥結率の報告に係る取扱いについて、保険薬局及び病院の負担軽減の観点から、厚生局への報告時期を現在の 10 月の 1 ヶ月間から 10～11 月の 2 ヶ月間に変更する。
2. 保険薬局の調剤基本料等について、簡素化も考慮し、未妥結減算及びかかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない場合の減算を統合する。

- ていること。
- (10) 当該保険薬局以外の医療従事者等に対し、医薬品に係る医療安全に資する情報の共有を行うにつき必要な体制が整備され、一定の実績を有していること。
 - (11) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 8 割 5 分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 5 割以上であること。
 - (12) 区分番号 00 の 1 に掲げる調剤基本料 1 を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1) を適用しない。
 - ① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
 - ② 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。
 - ③ 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。
- ※ 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績の基準 1 年に常勤薬剤師 1 人当たり、以下の全ての実績を有すること。
- ① 夜間・休日等の対応実績 400 回
 - ② 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40 回
 - ③ 服用薬剤調整支援料の実績 1 回
 - ④ 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅薬剤管理の実績 12 回
 - ⑤ 服薬情報等提供料の実績 60 回
 - ⑥ 麻薬指導管理加算の実績 10 回
 - ⑦ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40 回
 - ⑧ 外来服薬支援料の実績 12 回

現 行	改定案
<p>【基準調剤加算】 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 の 1 に掲げる調剤基本料 1 を算定している保険薬局においてのみ加算できる。</p>	<p>【基準調剤加算】 (削除)</p>

3. 医療資源の少ない地域の中で、医療提供体制が特に限定的な区域に所在する薬局について、調剤基本料の特例対象から除外する。

【調剤基本料の注 1 ただし書きに規定する施設基準】

- 次のすべてに該当する保険薬局であること。
- イ「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）の別表第六の二に規定する地域に所在すること。
- ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数（歯科医療を担当するものを除く。）が 10 以下であって、許可病床数 200 床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が 7 割を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。
- ハ 処方箋受付回数が一月に 2,500 回を超えないこと。

現 行	改定案
<p>【初診料】【再診料】【外来診療料】 省略 【調剤基本料】 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。(略)</p> <p>[施設基準] 調剤基本料 1 □ 妥結率が 5 割を超えること</p> <p>調剤基本料 2 □ 妥結率が 5 割を超えること</p> <p>調剤基本料 3 □ 妥結率が 5 割を超えること</p> <p>調剤基本料 4 調剤基本料 1 のイ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</p> <p>調剤基本料 5 調剤基本料 2 のイ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</p> <p>調剤基本料の注 1 ただし書きに規定する施設基準 (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</p>	<p>【初診料】【再診料】【外来診療料】 省略 【調剤基本料】 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。</p> <p>[施設基準] 調剤基本料 1 (削除)</p> <p>調剤基本料 2 (削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>調剤基本料の注 1 ただし書きに規定する施設基準 (削除)</p>

の妥結率が5割を超えていること。	
調剤基本料の注3に規定する保険薬局(新設)	調剤基本料の注3に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること
(新設)	(1) 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に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。
(新設)	(2) 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、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していないこと。
(略)	(3) (略)

【在宅患者訪問栄養食事指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 530点 2 同一建物居住者の場合 450点	【在宅患者訪問栄養食事指導料】 1 単一建物診療患者が1人の場合 530点 2 単一建物診療患者が2～9人の場合 480点 3 1及び2以外の場合 440点
[同一建物居住者] 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栄養食事指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。	[単一建物診療患者の人数] 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者(当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。)の人数を「単一建物診療患者の人数」という。ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が1人であるものとみなす。

I-5(質の高い在宅医療・訪問看護の確保)-21

訪問指導料における居住場所に応じた評価

骨子【I-5(21)】

第1 基本的な考え方

在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

第2 具体的な内容

在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現行	改定案
【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 650点 2 同一建物居住者の場合 300点	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点 2 単一建物診療患者が2～9人の場合 320点 3 1及び2以外の場合 290点
[同一建物居住者] 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を「同一建物居住者の場合」という。	[単一建物診療患者の人数] 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者(当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。)の人数を「単一建物診療患者の人数」という。ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定

I-5(質の高い在宅医療・訪問看護の確保)-22

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

骨子【I-5(22)】

第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 無菌製剤処理加算の評価を見直す。
2. 無菌製剤室を共同利用した場合の費用について、無菌製剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の両者の合議とすることを明確にする。
3. 乳幼児に対する業務の評価を新設する。

現行	改定案
【調剤料】 注2 5の注射薬について、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、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬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65点、75点又は65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130点、140点又は130点)を加算する。	【調剤料】 注2 5の注射薬について、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、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬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67点、77点又は67点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、1日につきそれぞれ135点、145点又は135点)を加算する。

<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 (新設)</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 注3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患者を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</p>
---------------------------------	--

Ⅱ-1-8(薬剤師・薬局による対人業務の評価)ー①

薬局における対人業務の評価の充実

骨子【Ⅱ-1-8】

第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係るかかりつけ薬剤師指導料や薬剤服用歴管理指導料等の薬学管理料を充実する。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整管理料を算定する医療機関と連携して、医薬品の適正使用に係る取組を調剤報酬において評価する。

(新) 服用薬剤調整支援料 125点

【算定要件】

- 6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。
- 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局に対する薬剤服用歴管理指導料の区分を新設する。
- 継続的な薬学的管理・指導等を推進するため、薬剤服用歴の記録に次回の服薬指導の計画を追加するとともに、かかりつけ薬剤師指導料、薬剤服用歴管理指導料等について価を見直す。これに併せて、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 原則6月以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 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 38点 <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点 3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 41点 <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持</p>

参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋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。

(新設)

【施設基準】
(新設)

【かかりつけ薬剤師指導料】 70点

【かかりつけ薬剤師包括管理料】 270点

【乳幼児服薬指導加算】
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。

参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋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、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。

注9 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1又は注2に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1及び注2の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注3から注6までに規定する加算は算定できない。

【施設基準】
適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。(※)
※「6月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参した患者の割合が5割以下」等の基準を設ける。

【かかりつけ薬剤師指導料】 73点

【かかりつけ薬剤師包括管理料】 280点

【乳幼児服薬指導加算】
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、12点を所定点数に加算する。

4. 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【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>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点</p>	<p>【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、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 2 残薬調整に係るものの場合 30点 <p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</p>

イ 残薬調整に係るもの以外の場 合	40点
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

5. 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現 行	改定案
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 20点	【服薬情報等提供料】 1 服薬情報等提供料 1 30点 2 服薬情報等提供料 2 20点
注1 患者、その家族等若しくは保険医療機関の求めがあった場合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に記録すること。	注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、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、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月に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に記録すること。
(新設)	注2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該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、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に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に記録すること。

6. かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。
 「I-5-22」を参照のこと。
7. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料を見直す。

現 行	改定案
調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】 イ（略） ロ 15日分以上21日分以下の場 合 70点 ハ 22日分以上30日分以下の場 合 80点 ニ 31日分以上の場合 87点	調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】 イ（略） ロ 15日分以上21日分以下の場 合 67点 ハ 22日分以上30日分以下の場 合 78点 ニ 31日分以上の場合 86点

Ⅲ-1 (チーム医療等の推進 (業務の共同化、移管等) 等の勤務環境の改善) -③

常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の特例

骨子【Ⅲ-1(3)】

第1 基本的な考え方

常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の要件について、育児・介護時の例外的な取扱いを調剤報酬において明確化する。

第2 具体的な内容

一つの保険薬局に常勤している薬剤師が、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定を設ける。

現 行	改定案
【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】 当該保険薬局に週32時間以上勤務している。	【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】 当該保険薬局に週32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法で定める期間は週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務している。

Ⅳ-2 (後発医薬品の使用促進) -①

薬局における後発医薬品の使用促進

骨子【Ⅳ-2(1)】

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を踏まえ要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げ、調剤数量に応じた評価に見直す。
2. 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

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) 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 (新設)	【後発医薬品調剤体制加算】(処方箋の受付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 ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 26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に占める後発医薬品の規格単位数の割合がそれぞれ、以下のとおりであること。	【施設基準】 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合がそれぞれ、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 (新設)	後発医薬品調剤体制加算1 75%以上 後発医薬品調剤体制加算2 80%以上 後発医薬品調剤体制加算3 85%以上
【調剤基本料】 (新設)	【調剤基本料】 注6 後発医薬品の調剤に関して、別に厚生労働大臣が定める薬局において調剤した場合には、所定点数から2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。
【施設基準】 (新設)	【施設基準】 調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 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2割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 (2) (1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。

現 行	改定案
【処方料・処方せん料・薬剤料】 注 区分番号 A000 に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号 A002 に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上を投薬を行った場合は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。	【処方料・処方箋料・薬剤料】 注 区分番号 A000 に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号 A002 に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上を投薬を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
【処方料・処方せん料】 注 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上を処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において同一月に注5（編：院外処方注4）の加算は算定できない。	【処方料・処方箋料】 注 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上を処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき66点を加算する。ただし、この場合において同一月に注5（編：院外処方注4）の加算は算定できない。

2. 分割調剤の手続きの明確化・合理化を図る観点から、分割調剤に係る処方箋様式を追加するとともに、具体的な取扱いを明確にする。

【分割調剤に係る留意事項】

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合、分割の回数は3回までとすること。
 - (2) 分割指示に係る処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。
 - (3) 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべき旨を説明すること。
 - (4) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。
 - (5) 受付保険薬局情報において、1枚目の処方箋が処方箋の使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方箋は無効とすること。
3. あらかじめ医療機関と薬局で合意した方法により、残薬調整の疑義照会に係る取扱いを明確にする。

IV-6(医薬品の適正使用の推進)一④

処方料等及び処方箋様式の見直し

骨子【IV-6(5)(6)】

第1 基本的な考え方

外来機能の役割分担の推進及び分割調剤に係る医師の指示や分割調剤を行った際の手続きの明確化・合理化を図る観点から、処方に係る加算及び処方箋の様式を見直す。医療機関と薬局の連携による医薬品の適正使用を推進するため、残薬に係る疑義照会の取扱いを明確にする。

第2 具体的な内容

1. 外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、処方日数に係る加算を見直す。
 - (1) 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院の30日以上処方減算を適正化する。
 - (2) (1)に伴い、200床未満の医療機関における特定疾患への処方に関する管理加算を見直す。
 - (3) 分割指示の取扱いを明確化する（分割調剤における処方箋様式の追加）。

いわゆる門前薬局の評価の見直し

骨子【Ⅳ-7(1)(2)(3)(4)】

第1 基本的な考え方

1. 医薬品の備蓄等の効率性や医療経済実態調査に基づく薬局の収益状況等を踏まえ、現行の処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋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とともに、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。また、同様に医薬品の備蓄等の効率性も考慮し、いわゆる同一敷地内薬局の評価を見直す。
2. 薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、「流通改善ガイドライン」を踏まえ、調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

第2 具体的な内容

1. 現行の処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋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以下のとおり拡大する。
 - (1) 調剤基本料3について、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げる。
 - (2) 調剤基本料3について、グループ全体の処方箋受付回数が多い、特に大型の門前薬局の評価をさらに適正化する。
 - (3) 調剤基本料2について、処方箋の受付回数が2,000回を超える保険薬局における特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げる。
 - (4) 調剤基本料2について、以下の場合を追加する。
 - ① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が一定数を超える場合。
 - ② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が一定数を超える場合。
 - (5) 特定の医療機関との不動産取引の関係がある等のいわゆる同一敷地内薬局に対する評価を見直す。
2. 保険薬局の調剤基本料について、簡素化も考慮し、未妥結減算及び薬剤師のかかりつけ機能に係る業務を実施していない場合の減算を統合する。
「Ⅰ-4(4)」を参照のこと。

現 行		改定案	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
調剤基本料1	41点	調剤基本料1	41点
調剤基本料2	25点	調剤基本料2	25点
調剤基本料3	20点	調剤基本料3	
		イ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数4万回を超え40万回以下の場合	20点
		ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合	15点
調剤基本料4	31点	(削除)	
調剤基本料5	19点	(削除)	

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 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、処方せんの受付が1月に600回以下の保険薬局を除く。

【施設基準】

調剤基本料1

- イ 調剤基本料2のイ又は調剤基本料3のイに該当しない保険薬局であること
- ロ 妥結率が5割を超えること

調剤基本料2

イ 以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料3のイに該当する保険薬局を除く。

- ① 略
- ② 処方せんの受付回数が1月に2,000回を超えること（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割を超える場合に限る。）
- ③ 特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数が月4,000回を超えること

(新設)

- ロ 妥結率が5割を超えること

調剤基本料3

イ 同一グループの処方せん受付回数の合計が1月に4万回を超える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

- 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9割5分を超えること
- ② 略
- ロ 妥結率が5割を超えること

(新設)

注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき10点を算定する。

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。

【施設基準】

調剤基本料1

調剤基本料2、調剤基本料3のイ、調剤基本料3のロ又は調剤基本料の注2の(1)に該当しない保険薬局であること。
(削除)

調剤基本料2

イ 以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料3のイ、調剤基本料3のロ又は調剤基本料の注2の(1)に該当する保険薬局を除く。

- ① 略
- ② 処方箋の受付回数が1月に2,000回を超えること（特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超える場合に限る。）
- ③ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数とする。）が月4,000回を超えること。
- ④ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。）が月4,000回を超えること。
(削除)

調剤基本料3のイ

同一グループの保険薬局における処方箋受付回数の合計が1月に4万回を超えて、40万回以下の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。ただし、調剤基本料3のロ又は調剤基本料の注2の(1)に該当する保険薬局を除く。

- ① 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超える保険薬局
- ② 略
- (削除)

調剤基本料3のロ

同一グループの保険薬局における処方箋受付回数の合計が1月に40万回を超える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。

<p>調剤基本料4 調剤基本料1のイ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</p> <p>調剤基本料5 調剤基本料2のイ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</p> <p>[調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準] (1) 次の全てを満たす保険薬局であること。 イ 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又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に適合している薬剤師であること。 ロ 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算定について、相当の実績を有していること。 (新設)</p> <p>(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。</p> <p>[調剤基本料注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局] (新設)</p> <p>[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</p>	<p>ただし、調剤基本料の注2の(1)に該当する保険薬局を除く。 ① 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超える保険薬局 ② 略)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>[調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準] (削除)</p> <p>(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。 イ「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。 ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数(歯科医療を担当するものを除く。)の数が10以下であって、許可病床の数が200床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が7割を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。 ハ 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。</p> <p>(削除)</p> <p>[調剤基本料注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局] 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超えること。 (2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3のロのいずれにも該当しない保険薬局</p> <p>[調剤基本料の注3に規定する保険薬局] 次のいずれかに該当する保険薬局</p>	<p>に係る業務を1年間実施していない保険薬局であること。</p> <p>局であること (1) 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に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。 (2) 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、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険薬局であること。 (3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p>
--	---	---

調剤報酬改定の推移 (2008年4月～2018年4月)

区分	2008. 4. 1	2010. 4. 1	
調剤基本料	処方せん受付1回につき (1日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回目のみ、1分割調剤につき) 10点 30点 4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) 10点 30点 6点 13点 17点	
調剤料	[内服薬]	1剤につき(3剤まで) 1. 14日以下の場合 ① 7日以下の部分 5点/日 ② 8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	1剤につき(3剤まで) 1. 14日以下の場合 ① 7日以下の部分 5点/日 ② 8日以上の部分 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]	21点	同左
	[浸煎薬]	1調剤につき 120点	1調剤につき、3調剤まで 190点
	[湯薬]	1調剤につき 190点	1調剤につき、3調剤まで 1. 7日以下の場合 190点 2. 8～28日分の場合 ① 1～7日目 190点 ② 8～28日目 1日分につき 10点 3. 29日分以上の場合 400点
	[一包化薬]	投与日数が7または端数を増すこと 89点	-
	[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	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、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)	同左
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)	同左
	[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
	[一包化加算]	-	[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]	80点	[内服薬のみ] 80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	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]	200/100	(調剤基本料+調剤料+後発品調剤加算) 200/100
	[時間外加算]	100/100	(調剤基本料+調剤料+後発品調剤加算) 100/100
	[休日加算]	140/100	(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
	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	処方せん受付1回につき 30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 特定薬剤管理指導加算 4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	処方せん受付1回につき、月4回まで 15点
	長期投薬情報提供料	長期投薬情報提供料1(服薬期間が14日ごとに) 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	処方せん受付1回につき 10点	同左	
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 服薬指導情報提供加算 15点	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 500点 麻薬管理指導加算 100点	同左	
在宅患者緊急時等共同指導料	月2回まで 700点 麻薬管理指導加算 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	薬価基準による	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ことに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
調剤基本料	同左	同左	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	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	
調剤料	〔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、洗腸剤 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
	〔一包装加算〕	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	同左 (ただし、注意すべき事項を手帳に記載しない場合・シール交付の場合 34点) 同左
	長期投薬情報提供料	同左	同左
	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
	[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ごと 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
	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
	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)
	在宅患者重複投与・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
	特定保険医療材料料	同左

区分		2018. 4. 1	
調剤基本料	処方箋受付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 (③以外、処方箋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85%超 ハ) 特定の保険医療機関(同一敷地内)に係る処方箋の受付回数が月4000回超 ニ) 特定の保険医療機関に係る処方箋(同一グループ)受付回数が月4000回超 ③ 調剤基本料3 イ 20点(同一法人グループ内の処方箋受付回数4万回を超え40万回以下の場合で以下のいずれかに該当) ロ 15点(同一法人グループ内の処方箋受付回数40万回を超える場合で以下のいずれかに該当) イ) 集中度85%超 ロ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり ④ 特別調剤基本料 10点(以下のいずれかに該当する保険薬局) イ) 病院である医療機関と不動産取引等その他特別な関係がある保険薬局で、集中度95%超 ロ) 調剤基本料1、2、3のイ、3のロのいずれにも該当しない保険薬局 ※かかりつけ機能に係る業務を行っていない保険薬局(ただし月600回以下の保険薬局を除く)、未妥結減算、妥結状況報告なしは①～④の調剤基本料を100分の50とする	
		後発医薬品調剤体制加算1 18点 新指標に基づき75%以上 後発医薬品調剤体制加算2 22点 新指標に基づき80%以上 後発医薬品調剤体制加算3 26点 新指標に基づき85%以上 ※後発医薬品の規格単位数量割合が2割以下の場合には調剤基本料2点減算	
調剤料	〔内服薬〕	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	67点
		3. 22日分以上30日分以下の場合	78点
		4. 31日分以上の場合	86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	
	〔一包装加算〕	同左	
	〔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〕	1日につき	
		中心静脈栄養法用輸液【注射薬のみ】 67点	6歳未満の乳幼児の場合 135点
		抗悪性腫瘍剤【注射薬のみ】 77点	6歳未満の乳幼児の場合 145点
		麻薬【注射薬のみ】 67点	6歳未満の乳幼児の場合 135点
	〔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	処方箋受付1回につき	
		① 6カ月以内に再来局かつ手順により情報提供あり(調剤基本料1又は4の場合のみ適用) 41点	
		② ①または③以外 53点	
		③ 特別養護老人ホーム入所している患者に訪問 41点	
		※特例薬剤服用歴管理指導料 13点(6カ月以内に再来局患者中手帳の持参割合50%以下の場合)	
		麻薬管理指導加算 同左	
		重複投薬・相互作用等防止加算 40点(残薬調整に係るもの以外の場合)	
		30点(残薬調整に係るものの場合)	
		乳幼児服薬指導加算 12点	
		特定薬剤管理指導加算 同左	
	服用薬剤調整支援料	125点(6種類以上の内服薬について内服薬が2種類以上減少した場合、処方医に文書で月1回文書で提案した場合)	
	かかりつけ薬剤師指導料	処方箋受付1回につき	
	麻薬管理指導加算 73点		
	重複投薬・相互作用等防止加算 22点		
	特定薬剤管理指導加算 30点		
	特定薬剤管理指導加算 10点		
	乳幼児服薬指導加算 12点		
	かかりつけ薬剤師包括管理料	処方箋受付1回につき 280点	
	服薬情報等提供料	30点(保険医療機関の求めがあった場合、患者の同意を得て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)	
	20点(患者・家族の求めがあった場合、患者の同意を得て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)		
	地域支援体制加算	35点(地域に貢献する体制を有する①夜間・休日400回②重複投薬・相互作用等防止加算40回③服用薬剤調整支援料1回④単一建物診療患者1人の在宅薬剤管理12回⑤服薬情報等提供料60回⑥麻薬指導管理加算10回⑦かかりつけ薬剤師指導料40回⑧外来服薬支援料12回) ※調剤基本料1算定の場合は麻薬小売業免許保有・在宅患者薬剤管理の実績・かかりつけ薬剤師指導料等の届出をすべて満たすこと	
	外来服薬支援料	同左	
	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	40点(残薬調整に係るもの以外の場合)	
	30点(残薬調整に係るもの以外の場合)		
	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	
	イ 単一建物診療患者者が1人の場合 650点		
	ロ 単一建物診療患者者が2～9人の場合 320点		
	ハ イ及びロ以外の場合 290点		
	ニ 6歳未満の乳幼児加算 100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 2018.3

2018 年度調剤報酬改定 求められる「実績」

頒布価格 本体 800 円 + 税 (送料別)

2018 年 3 月 30 日発行

【編集・発行】

株式会社 **じほう**

本社 〒101-8421 東京都千代田区神田猿楽町 1-5-15 (猿楽町 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 2018 本誌記事の無断複写を禁じます。