

平成26年度調剤報酬改定の概要

【 薬 局 】

近畿厚生局

平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

全体改定率 +0.10%

※ ()内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

診療報酬(本体)	+0.73%(+0.63%)	【 約3,000億円(約2,600億円)】
医科	+0.82%(+0.71%)	【 約2,600億円(約2,200億円)】
歯科	+0.99%(+0.87%)	【 約300億円 (約200億円)】
調剤	+0.22%(+0.18%)	【 約200億円 (約100億円)】
薬価改定	▲0.58%(+0.64%)	【 ▲約2,400億円(約2,600億円)】
材料価格改定	▲0.05%(+0.09%)	【 ▲ 約200億円 (約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

1

平成26年度調剤報酬改定の概要

1. 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進
2. 薬学的管理及び指導の充実
3. 後発医薬品の使用促進策
4. 調剤報酬における適正化・合理化
5. 消費税率8%への引上げに伴う対応
6. その他

2

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

在宅療養を支援する薬局における基準調剤加算の見直し

在宅業務に対応している薬局を評価し、地域の薬局との連携を図りつつ、24時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。

現行		➔	改定後	
基準調剤加算1	10点		基準調剤加算1(近隣の薬局と連携して24時間調剤等の体制を整備等)	12点
基準調剤加算2	30点	基準調剤加算2(自局単独で24時間調剤等の体制整備、在宅実績の要件化等)	36点	

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直しによる適正化

在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、**保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定すること**を要件とし、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

現行		➔	改定後	
在宅患者訪問薬剤管理指導料			在宅患者訪問薬剤管理指導料	
同一建物居住者以外の場合	500点	同一建物居住者以外の場合	650点	
同一建物居住者の場合	350点	同一建物居住者の場合	300点	

3

無菌製剤処理加算の対象範囲の評価・見直し

無菌調剤室を借りて無菌調剤した場合の算定要件を緩和するとともに、医療用麻薬も無菌製剤処理加算の対象に含め、技術と時間を要する乳幼児用に対する評価を新設。

現行		➔	改定後	
無菌製剤処理加算			無菌製剤処理加算	乳幼児以外／(新)乳幼児
中心静脈栄養法用輸液	40点	中心静脈栄養法用輸液	65点／130点	
抗悪性腫瘍剤	50点	抗悪性腫瘍剤	75点／140点	
—	—	(新)麻薬	65点／130点	

在宅医療において使用できる注射薬の拡大

電解質製剤及び注射用抗菌薬について、保険医療機関の医師が処方できる注射薬及び処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬として対象を拡大する。

在宅における特定保険医療材料・衛生材料の供給体制の整備

処方せんに基づき保険薬局で交付できる特定保険医療材料として、病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料を追加する。

保険薬局※1が、在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている患者宅に、主治医の指示に基づき必要な衛生材料等を提供する仕組みを整備する。

※1 基準調剤加算2又は在宅患者調剤加算の届出をしている薬局に限る

医療機関において夜間・休日等に対応できる保険薬局のリストを患者に渡して説明すること等が、特定の保険薬局への誘導の禁止※2に反しないことを明確化する。

※2 保険医療機関及び保険医療養担当規則第2条の5

4

在宅療養を支援する薬局における基準調剤加算の見直し

通則 在宅患者訪問薬剤管理指導を行うことができる旨を薬剤情報提供文書において情報提供すること及び麻薬小売業者の免許を受けていることを要件に追加し、いわゆる「かかりつけ薬局」としての機能の整備を求める。

現行	改定後
<p>(基準調剤加算の施設基準) 通則 イ、ロ、ハ 略 ニ 開局時間以外の時間において調剤を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ホ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(新規)</p>	<p>(基準調剤加算の施設基準) 通則 イ、ロ、ハ 略 (削除) ニ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。 ホ 麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</p>

<施設基準通知にて>

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを記載した薬剤情報提供文書を交付すること。
- ・「薬局の求められる機能とあるべき姿」の公表について(平成26年1月21日薬食総発0121第1号)の別添に掲げる機能について、整備するよう努めること。
特に次に掲げる機能について可能な限り整備するよう努めること。
 - ①プライバシーに配慮したパーテーション等で区切られた独立したカウンター
 - ②購入者の薬剤服用歴の記録に基づいた一般用医薬品の販売
 - ③健康相談の応需・対応等による地域健康情報拠点としての役割

5

在宅療養を支援する薬局における基準調剤加算の見直し

基準調剤加算 1

基準調剤加算1においては、近隣の保険薬局と連携して24時間調剤及び在宅業務をできる体制の整備を要件に追加する。

現行	改定後
<p>基準調剤加算1 10点</p> <p>(基準調剤加算の施設基準) 基準調剤加算1の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。 (新規)</p> <p>(新規)</p>	<p>基準調剤加算1 12点(改)</p> <p>(基準調剤加算の施設基準) 基準調剤加算1の基準 イ 十分な数の医薬品を備蓄していること。 ロ 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、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。 ハ 略</p>

<施設基準通知にて>

- ・**単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により24時間調剤及び在宅業務が速やかにできる体制を整備していること。**
- ・**連携体制を構築する複数の保険薬局の数は、当該薬局を含めて10未満とする。**

6

在宅療養を支援する薬局における基準調剤加算の見直し

基準調剤加算 2 ①

基準調剤加算2においては、自局単独で24時間調剤及び在宅業務をできる体制の整備、在宅業務の過去の実績等を要件に追加する。

現行		改定後	
基準調剤加算2	30点	基準調剤加算2	36点(改)
(基準調剤加算の施設基準) 基準調剤加算2の基準 イ 略 ロ 麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。 ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。 (新規)		(基準調剤加算の施設基準) 基準調剤加算2の基準 イ 略 (削除)	
(新規)		ロ 十分な数の医薬品を備蓄していること。 ハ 当該薬局のみで24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うのに必要な体制が整備されていること。 ニ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、相当の実績を有していること。 ホ 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。 ヘ 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。	
(新規)			
(新規)			

7

在宅療養を支援する薬局における基準調剤加算の見直し

基準調剤加算 2 ②

<基準調剤加算2の施設基準通知にて>

- ・当該保険薬局のみで24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。
- ・在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間の以下の在宅業務を合算して計10回以上であること。

在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の**実施回数**(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定したもの並びに各算定要件を満たしているが、算定はしていない場合を含む。)

- ・地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- ・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円滑な連携ができるよう、あらかじめ患者の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する、診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。
- ・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連携していること。

8

改定の方向性と新たな基準調剤加算の施設基準

<改定の方向性>

- ▶ 地域において在宅医療を支える在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)による在宅医療に貢献する薬局として、**24時間調剤及び在宅患者に対する薬学的管理指導を提供する薬局**を中心に評価するように見直していく。

新たな基準調剤加算

【主な施設基準】

- ・麻薬小売業者の許可
- ・地域の保険医療機関や患者の需要に対応できる開局時間
- ・在宅を行う旨の薬局内掲示及び薬剤情報提供文書への記載
- ・その他、「薬局の求められるべき機能とあるべき姿」の公表について(平成26年1月21日薬食総発0121第1号)に掲げられる機能の整備等のかかりつけ薬局が満たすべき事項を満たしている。

加算1

- 1 連携による24時間調剤及び在宅業務の体制の整備
- 2 処方せん受付回数月4,000回超の薬局において、集中度率70%以下
- 3 700品目以上の医薬品の備蓄

加算2

- 1 単独の薬局で24時間調剤及び在宅業務の体制の整備
- 2 処方せん受付回数月600回超の薬局において、集中度率70%以下
- 3 1,000品目以上の医薬品の備蓄
- 4 在宅業務を行うにつき必要な体制(医療材料、衛生材料を供給できる体制、在宅実施体制の周知)の整備
- 5 10件以上の過去1年間の在宅の実績
- 6 在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制の整備
- 7 ケアマネージャーとの連携体制の整備

9

開局時間外調剤体制と24時間調剤等体制の違い

従前の基準調剤加算の開局時間外の調剤体制と平成26年改定で新たに評価を導入した24時間調剤等体制の違いは以下のとおり。

現行の基準調剤加算

緊急時等の調剤に対応できる体制とは、

- ・単独の保険薬局又は地域薬剤師会等の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること
- ・調剤を自ら行わない時間帯において、患者の同意を得て当該患者の調剤に必要な情報を他の保険薬局に提供すること

等により、他の保険薬局の保険薬剤師が緊急連絡等に対して常時調剤することができる連携体制を整備していることをいうもの。

改定後の基準調剤加算

24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、

- ・単独の保険薬局により24時間調剤及び在宅業務ができる体制を整備していることにより、保険薬剤師が患者の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務をすることができる体制を整備していることをいうもの

・なお、基準調剤加算1の場合は、近隣の保険薬局との連携により上記の体制を整備している場合でも可能である。ただし、連携体制を構築する複数の保険薬局の数は、当該薬局を含めて10未満。

在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直しによる適正化

「薬局の求められる機能とあるべき姿」の公表について(平成26年1月21日薬食総発0121第1号)の別添においても、「在宅薬剤管理指導の実施に当たっては、その業務量に鑑み、**薬剤師一人につき、一日当たりの患者数が過剰な人数にならないよう、適切な人数までとするべき**である。」とされており、在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、**保険薬剤師1人につき1日に5回**に限り算定することを要件とする。

また、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

現行	改定後
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p> <p>注：(前略)医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回(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。</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点(改)</p> <p>注：(前略)医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回(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。</p> <p style="text-align: center;"><u>この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。</u></p>

11

在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

1薬局当たり在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
1～10回未満	29.2	26.0	27.1	30.8	29.4
10～50回未満	41.2	43.6	44.2	44.0	43.7
50～100回未満	12.8	13.8	13.2	11.8	13.0
100～200回未満	8.1	8.4	8.0	6.9	7.6
200回以上	8.7	8.2	7.6	6.5	6.3
合計(薬局数)	100 (3,830薬局)	100 (4,051薬局)	100 (4,026薬局)	100 (3,982薬局)	100 (4,048薬局)
在宅業務届出薬局数	37,550薬局	38,736薬局	40,170薬局	41,194薬局	42,745薬局
実施薬局数/届出薬局数	10.2%	10.5%	10.0%	9.7%	9.5%

単位：%

[出典]「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(調剤メディアス)(厚生労働省保険局調査課 特別集計)(注：H24年度は4月～12月の実績を12/9倍した推計値を用いている。)

在宅業務届出薬局数：厚生労働省保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料(注)を算定した薬局の在宅業務届出薬局に対する割合は低く、約1割程度。
(注)医療保険に係るものであって、介護保険にかかる居宅療養管理指導費を除く。以下同様。
- また、在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬局であっても、年間算定回数が50回未満の薬局が半数以上である。
- こういった傾向について、近年、大きな変化はない。

12

無菌製剤処理加算の対象範囲の評価・見直し①

薬事法施行規則の一部改正により、無菌調剤室の共同利用が可能となったため、無菌製剤処理加算について、無菌調剤室を共同利用する場合でも算定可能とする。

現行	改定後
(調剤料に係る無菌製剤処理加算の施設基準)	(調剤料に係る無菌製剤処理加算の施設基準)
(1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	(1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。 ただし、薬事法施行規則(昭和36年2月1日厚生省令第1号)第15条の9第1項のただし書の規定に基づき無菌調剤室(薬局に設置された高度な無菌製剤処理製剤処理を行うことができる作業室をいう。以下同じ。)の共同利用する場合は、この限りでない。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。



<留意事項通知にて>

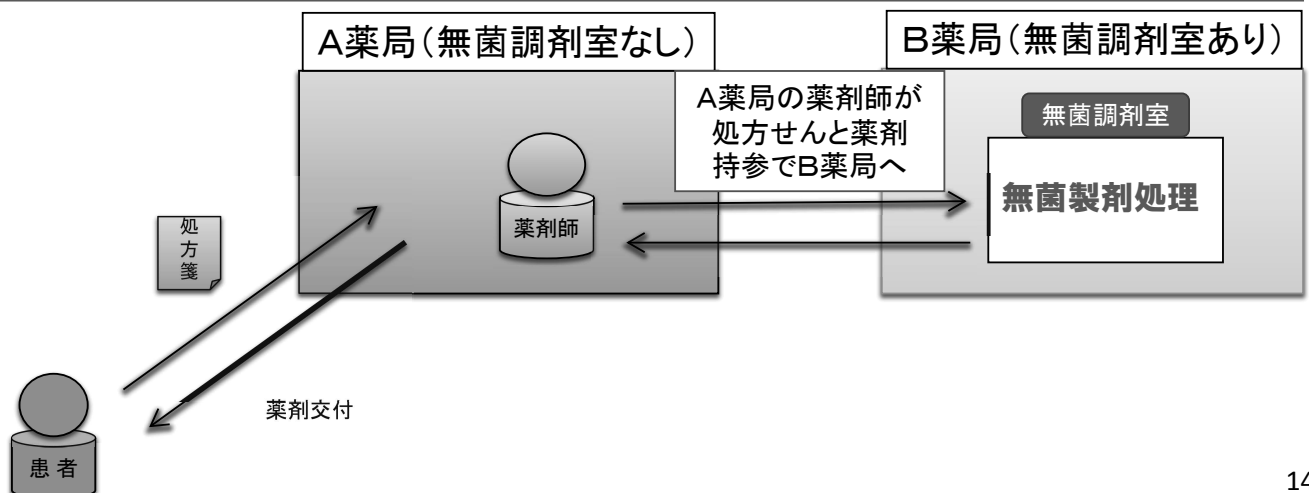
無菌調剤室の共同利用する場合にあたっては、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」(平成24年8月22日薬食発0822第2号)を遵守し適正に実施すること。

無菌調剤室の共同利用について

- 薬事法施行規則の一部改正(平成24年8月22日公布・施行)により、**無菌調剤室を有する薬局の無菌調剤室の利用(共同利用)により、無菌製剤処理を行うことが可能となった。**

薬事法施行規則

第15条の9 薬局開設者は、その薬局で調剤に従事する薬剤師でない者に販売又は授与の目的で調剤させてはならない。ただし、**高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室(以下「無菌調剤室」という。)を有する薬局の薬局開設者が、無菌調剤室を有しない薬局の薬局開設者から依頼を受けて、当該無菌調剤室を有しない薬局で調剤に従事する薬剤師に、当該無菌調剤室を利用した無菌製剤処理を行わせるときは、この限りでない。**



無菌製剤処理加算の対象範囲の評価・見直し②

在宅患者において、無菌調剤を必要とする患者は多く存在することを踏まえ、無菌製剤処理加算を評価する。

また、在宅の緩和ケアを推進するため、無菌製剤処理加算の評価対象を医療用麻薬についても拡大する。

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

現行	改定後
無菌製剤処理加算	無菌製剤処理加算
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、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。	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。

<留意事項通知にて>

無菌製剤処理加算は、同一日の使用のために製剤した場合又は組み合わせて1つの注射剤として製剤した場合においても、1日につき1回に限り、主たるものの所定点数のみ算定するものとする。

15

在宅医療において使用できる注射薬の拡大

在宅医療において電解質製剤等が使用されている実態を踏まえ、電解質製剤、注射用抗菌薬を保険医療機関の医師が処方した場合に算定できることとし、対象を拡大する。

併せて、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬に追加する。

<調剤料の注射薬の留意事項通知にて>

- ・注射薬のうち保険薬局で給付できる薬剤に、「電解質製剤」及び「注射用抗菌薬」を追加。
- ・「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。
- ・「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

16

在宅における特定保険医療材料・衛生材料の供給体制の整備①

保険薬局で給付できる特定保険医療材料

薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められていることから、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる特定保険医療材料に病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料を追加する。

保険薬局で給付できる特定保険医療材料

インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器
ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
万年筆型注入器用注射針
腹膜透析液交換セット
在宅中心静脈栄養用輸液セット
在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル
在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)
携帯型ディスポーザブル注入ポンプ(一般用、化学療法用)
皮膚欠損用創傷被覆材
非固着性シリコンガーゼ
水循環回路セット

青太字が
今回追加に
なった材料。

病院・診療所で支給できる
在宅医療に用いる
特定保険医療材料

17

在宅における特定保険医療材料・衛生材料の供給体制の整備②

在宅における衛生材料の供給体制について

主治医が当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、基準調剤加算2又は在宅患者調剤加算の届け出をしている薬局に対し必要な衛生材料の種類とその量について指示した場合に、患者宅等に提供される仕組みを整備する。

<基準調剤加算2、在宅患者調剤加算の施設基準の通知にて>

医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。

また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

参考<在宅療養指導管理料の通則の通知にて>

・衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。

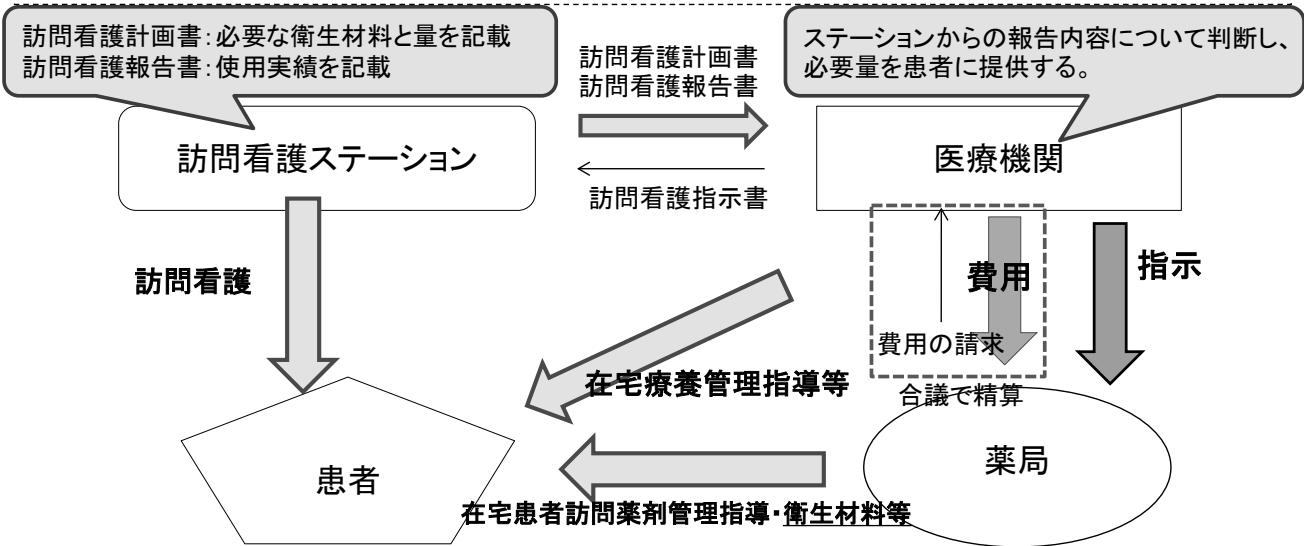
・また、医師は、上記の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、基準調剤加算2又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。

・なお、従前の方法により衛生材料等を支給することも可能である。

18

薬局を介した在宅医療に必要な衛生材料の提供

- 衛生材料に対する患者・訪問看護ステーションの負担を解消するために、①②の流れに改善する。
 - ① 医師の指示を受けた訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
 - ② 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか基準調剤加算2、在宅患者調剤加算と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。



メリット: 在宅における療養生活に必要な医療材料の必要量について、医療機関が把握できるため、患者や訪問看護ステーションが不足分を負担することがなくなる。
また、薬局と連携することにより、医療機関での在庫管理の負担が軽減する。

※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能である。

平成26年度診療報酬改定

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正による適正化

患者の誘引の禁止(在宅医療の不適切事例への対応)

➤ 保険薬局等が、事業者等に対して、金品を提供し、患者を誘引することを禁止

例

保険薬局が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。

+

事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



禁止



一律に訪問診療



特定の保険薬局への誘導について(地域包括診療加算、地域包括診療料など)

- 地域包括診療加算、地域包括診療料を算定する保険医療機関が、患者に対して、
 - ① 連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること
 - ② 時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること
- 保険医療機関が在宅で療養を行う患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供すること
については、療担規則で禁止する「特定の保険薬局への誘導」に該当しないことを明確化

薬局における薬学的管理及び指導の充実

薬剤服用歴管理指導料の評価の見直し

お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対する薬剤服用歴管理指導料の評価を見直します。

現行			改定後	
薬剤服用歴管理指導料	41点	➔	薬剤服用歴管理指導料	41点
<ul style="list-style-type: none"> ・お薬手帳の記載 ・薬剤情報提供文書の提供と説明 ・薬剤服用歴の記録とそれに基づく指導 ・残薬確認 ・後発医薬品に関する情報の提供 			<ul style="list-style-type: none"> ・お薬手帳の記載 ・薬剤情報提供文書の提供と説明 ・薬剤服用歴の記録とそれに基づく指導 ・残薬確認 ・後発医薬品に関する情報の提供 	
			(新) 薬剤服用歴管理指導料の特例 (お薬手帳を交付しない場合)	34点
			<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤情報提供文書の提供と説明 ・薬剤服用歴の記録とそれに基づく指導 ・残薬確認 ・後発医薬品に関する情報の提供 	

服薬状況等の確認のタイミングの明確化

薬剤服用歴管理指導料について、服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前とするよう見直す。

21

薬剤服用歴管理指導料の評価の見直し

お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対する薬剤服用歴管理指導料の評価を見直す。

現行		改定後
<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。</p> <p>イ、ロ（略） 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。 ニ、ホ（略）</p>	➔	<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。 <u>ただし、ハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。</u></p> <p>イ、ロ（略） 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。 ニ、ホ（略）</p>

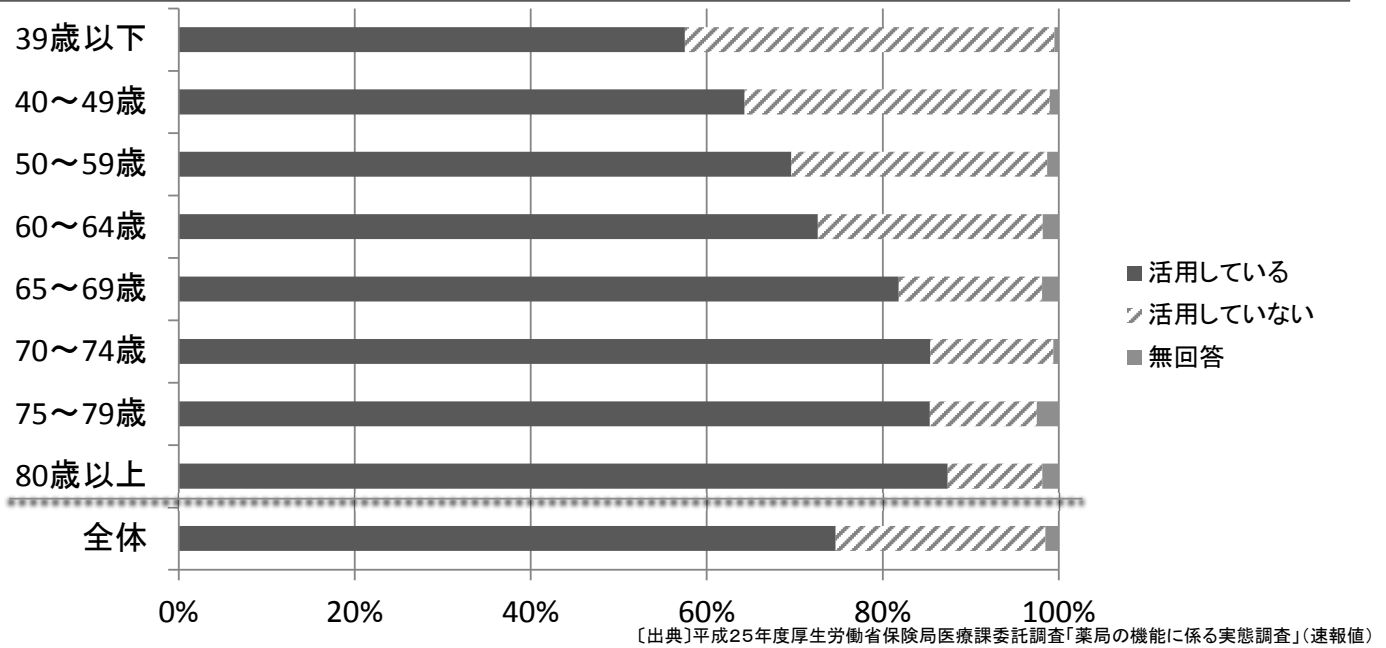
<留意事項通知にて>

所有している手帳を持参しなかった患者に対して必要な情報が記載された簡潔な文書(シール等)を交付した場合は、薬剤服用歴管理指導料の注1ただし書きにかかる所定の点数(34点)を算定する。²²

患者におけるお薬手帳の活用状況について

○お薬手帳を活用していますか？(患者調査)

(患者N=2,347)



- どの年代においても半数以上は、お薬手帳を活用している。
- 一方、年齢が低くなるほど、お薬手帳を活用しない患者の割合が高くなっている。

23

平成26年度診療報酬改定

服薬状況等の確認のタイミングの明確化

服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前の処方せん受付時とするよう見直す。

＜薬剤服用歴管理指導料の留意事項通知にて＞

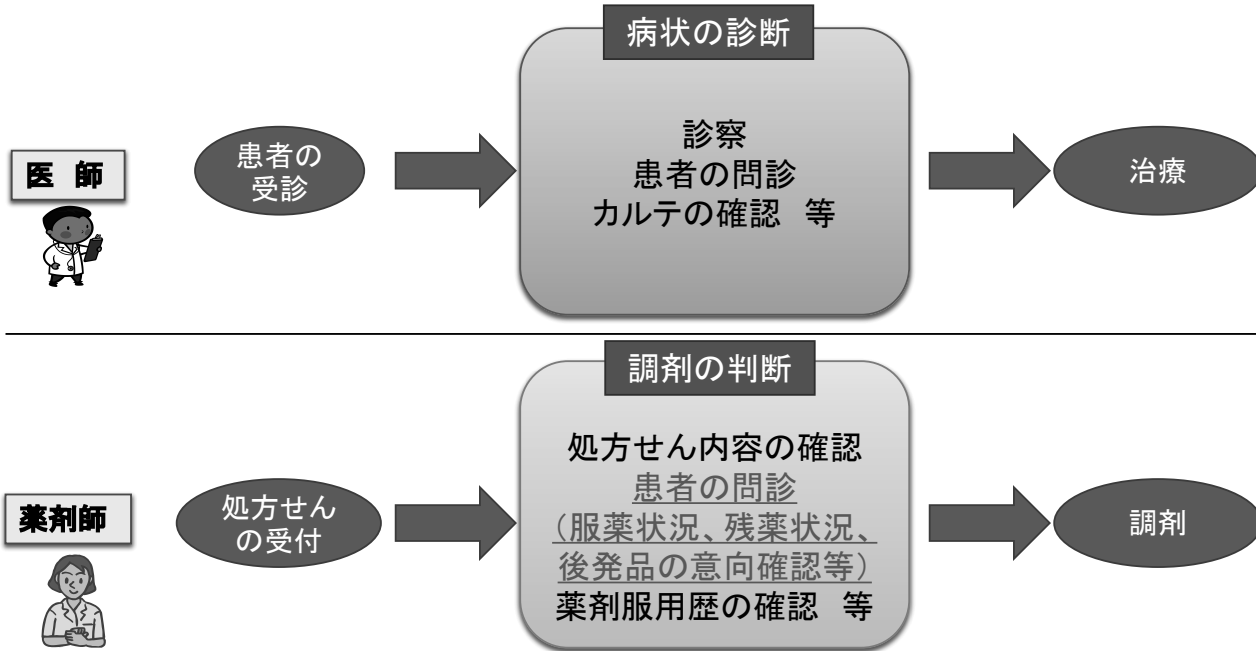
次の事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に**患者等に確認すること**。

- ◆ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録
- ◆ 患者又はその家族等からの相談事項の要点
- ◆ 服薬状況
- ◆ 残薬の状況の確認
- ◆ 患者の服薬中の体調の変化
- ◆ 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報
- ◆ 合併症を含む既往歴に関する情報
- ◆ 他科受診の有無
- ◆ 副作用が疑われる症状の有無
- ◆ 飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等
- ◆ 後発医薬品の使用に関する患者の意向

24

服薬状況等の確認のタイミングの明確化について

- 医師は患者の問診等を通じて、最後に診断を行い治療方法を決める。
- 薬剤師も患者の問診等(服薬状況、残薬状況、後発品の意向確認)を通じて、最後に処方せん内容の通り調剤してよいかどうか判断することが必要である。



25

後発医薬品の使用促進のための取組等について

これまでの取組

- 後発医薬品の普及は、患者軽減及び医療保険財政の改善に資することから、平成24年度までに数量シェアを30%以上とする政府目標の達成に向け、「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」(平成19年10月)を策定し、総合的な取組を行ってきた。

政府目標・・・厚生労働省で策定した「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」及び政府が閣議決定した「経済財政改革の基本方針2007」で定められたもの

基本データ

<後発医薬品の市場シェアの推移>

政府目標	後発医薬品の数量シェア(平成23年9月薬価調査)
平成24年度までに全医療用医薬品をベースとした数量シェアを30%以上	22.8%

課題と対応

- 「社会保障・税一体改革大綱」(平成24年2月17日閣議決定)における具体的改革内容
 - ・ 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。



- 後発医薬品のさらなる使用を促進するため「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、平成30年3月までに後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量シェアを60%以上とすることを目標を定め、総合的な取組を行う。

26

後発医薬品の使用促進策

後発医薬品調剤体制加算の要件見直し

後発医薬品の調剤を促進するため、後発医薬品調剤体制加算の要件を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。

現行	→	改定後
後発医薬品調剤体制加算		後発医薬品調剤体制加算
旧指標 22% 5点		新指標 55% 18点
旧指標 30% 15点		新指標 65% 22点
旧指標 35% 19点		(廃止)

なお、後発医薬品の調剤数量が少ないにもかかわらず、指標変更によって後発医薬品調剤体制加算が受けられないことがないように適正化を図る。

一般名処方における後発医薬品選択の明確化

一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨を規定する。

後発医薬品調剤体制加算の要件見直し①

後発医薬品の調剤を促進するため、後発医薬品調剤体制加算の要件を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。

現行	→	改定後
1 後発医薬品調剤体制加算 1 5点		1 後発医薬品調剤体制加算 1 18点
2 後発医薬品調剤体制加算 2 15点		2 後発医薬品調剤体制加算 2 22点
3 後発医薬品調剤体制加算 3 19点		(削除)
(調剤基本料に係る後発医薬品調剤加算の施設基準)		(調剤基本料に係る後発医薬品調剤加算の施設基準)
後発医薬品調剤体制加算 1 22%以上		後発医薬品調剤体制加算 1 55%以上
後発医薬品調剤体制加算 2 30%以上		後発医薬品調剤体制加算 2 65%以上
後発医薬品調剤体制加算 3 35%以上		(削除)

旧指標の数量シェア

後発医薬品

全医薬品

新指標の数量シェア

後発医薬品

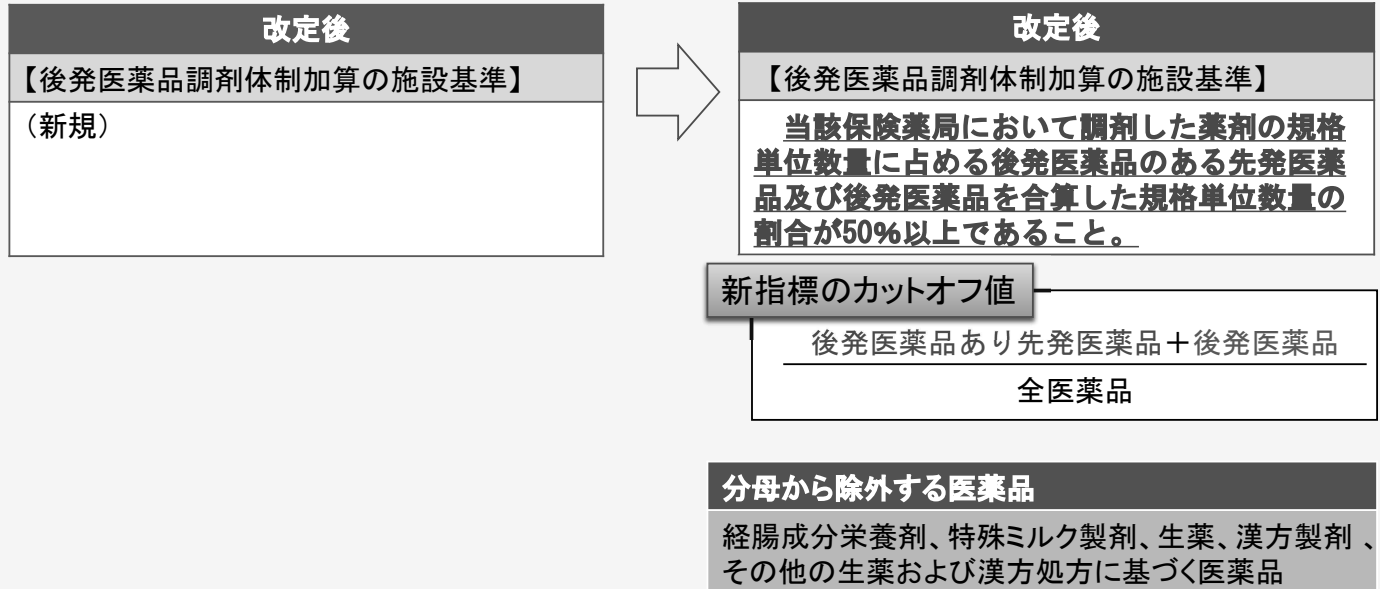
後発医薬品あり先発医薬品+後発医薬品

注) ただし、先発医薬品と同額又は高額な後発医薬品、全ての後発医薬品より同額又は低額な先発医薬品は対象から外す。

後発医薬品調剤体制加算の要件見直し②

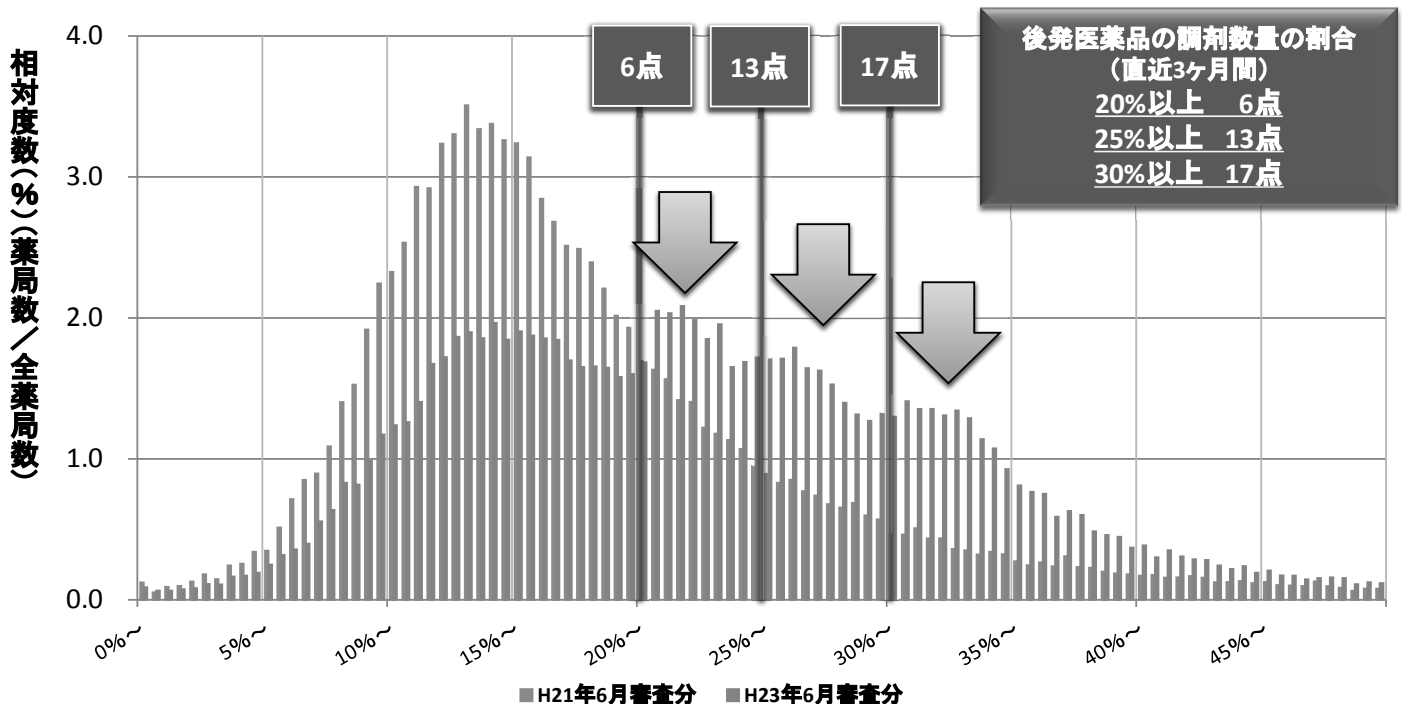
調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、指標変更によって、後発医薬品調剤体制加算が受けられないことがないように適正化を図る。

その際、後発医薬品が存在せず、かつ、1回あたり用量と薬価基準上の規格単位数量との差が非常に大きい以下の医薬品については、分母から除外する。



29

平成22年度 後発医薬品調剤体制加算の見直しによる影響



注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成21年6月審査分及び平成23年6月審査分を集計対象としたものである。

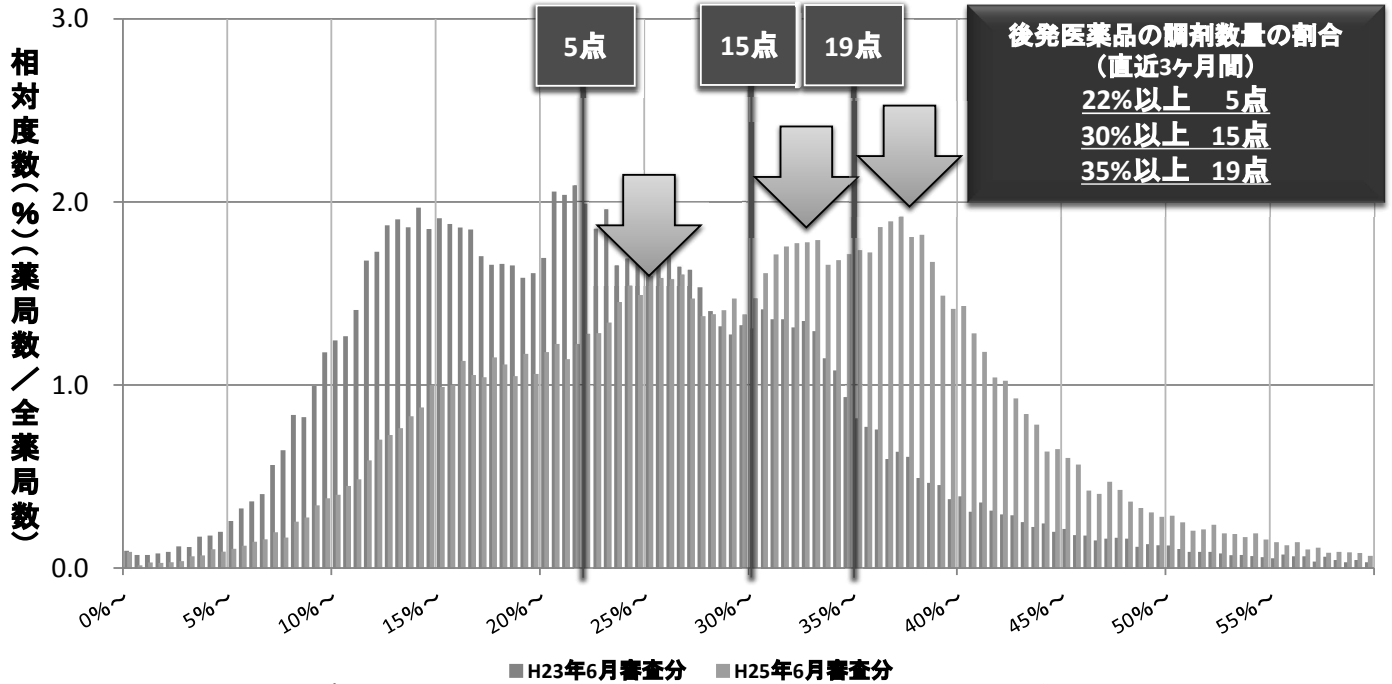
注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3) 算出にあたり、平成23年6月審査分は「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」を除外している。

出典：最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

30

平成24年度 後発医薬品調剤体制加算の見直しによる影響

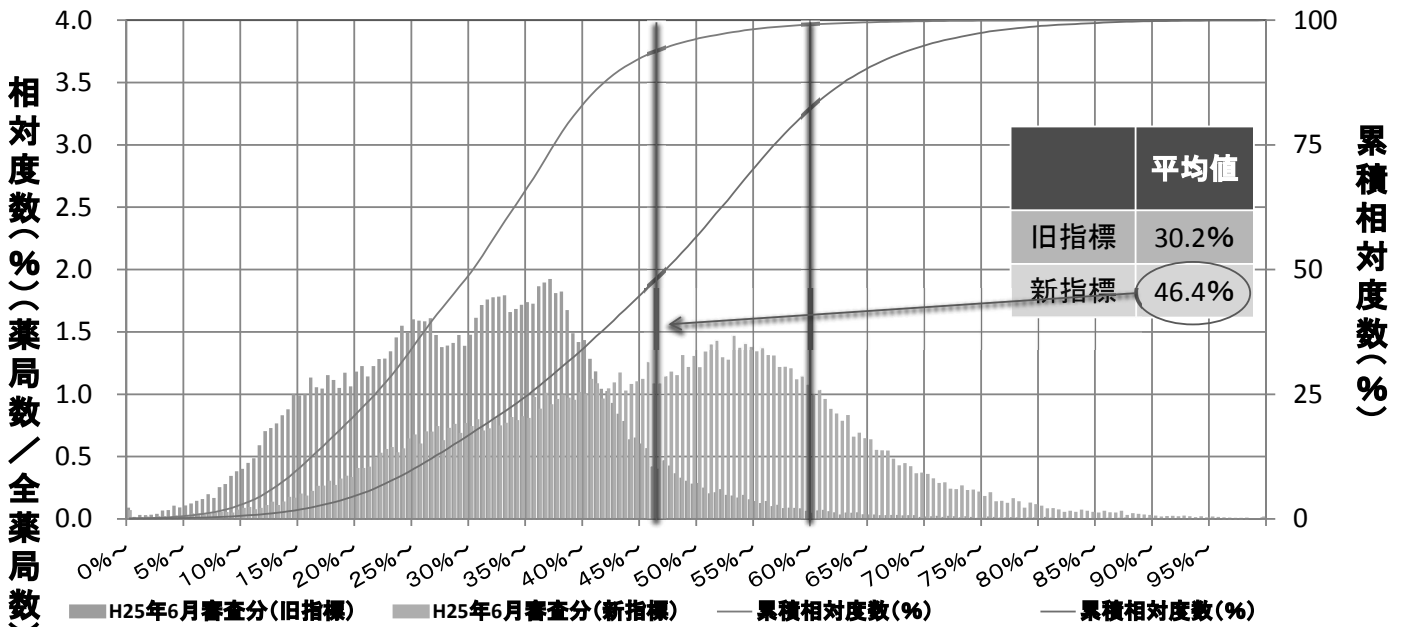


- 注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成23年6月審査分及び平成25年6月審査分を集計対象としたものである。
- 注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
- 注3) 算出にあたり、平成23年6月審査分は「経腸成分栄養剤」及び「特殊ミルク製剤」を除外し、平成25年6月審査分は「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除外している。 出典：最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

- 加算要件の調剤数量割合を見直すことにより、後発医薬品割合が増加している。
- 加算要件に応じて薬局の分布がシフトしている。

31

新旧指標による後発医薬品の使用状況割合(数量ベース)



- 注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成25年6月審査分を集計対象としたものである。
- 注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
- 注3) 新指標は、〔後発医薬品の数量〕/〔〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕〕で算出している。
- 注4) 旧指標の算出にあたり、「経腸成分栄養剤」、「特殊ミルク製剤」、「生薬」、及び「漢方」を除外している。
- 出典：最近の調剤医療費の動向(調剤メディアス)(保険局調査課特別集計)

- ロードマップに基づく指標の変更と新指標に基づく薬局の分布を踏まえ、後発医薬品調剤体制加算に新指標を用いて見直す。

32

一般名処方における後発医薬品選択の明確化

一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨を規定する。

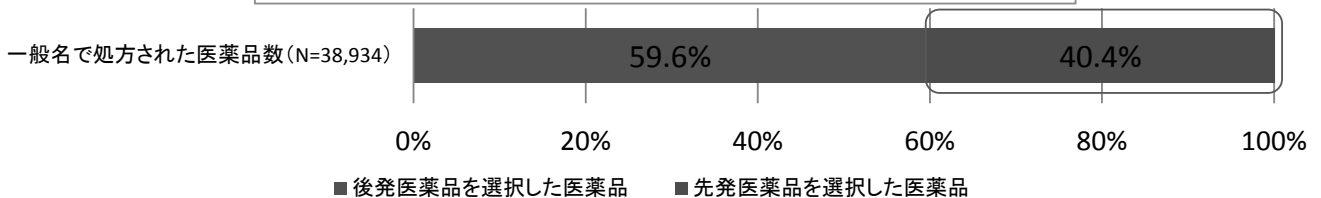
＜薬剤服用歴管理指導料の留意事項通知にて＞

一般名処方が行われた医薬品について、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をした場合であって、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載する。

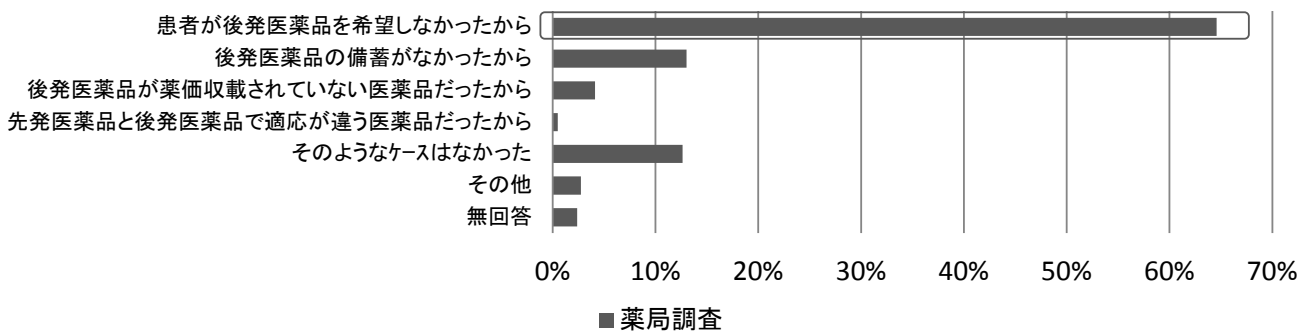
33

一般名処方された医薬品の調剤状況

一般名処方された医薬品における先発医薬品の調剤状況



一般名された処方せんに於いて後発医薬品を調剤しなかった理由(N=799)



〔出典〕平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「後発医薬品の使用状況調査」(速報)

- 一般名処方が行われた医薬品のうち、先発医薬品が調剤された割合は約4割である。
- 一般名処方でも処方されたにもかかわらず、後発医薬品を調剤しなかった理由として最も多いのは、患者が希望しなかったから(約6割)である。

34

調剤報酬における適正化・合理化

調剤基本料の特例の見直し

処方せん受付回数月2,500回超かつ集中度90%超の薬局について、調剤基本料の特例の適用対象に追加する。

ただし、今回新たに調剤基本料の特例の適用対象とする2,500回超かつ90%超(4,000回超かつ70%超を除く)の薬局で24時間開局を行っている場合は、特例の適用除外とする。

基準調剤加算の見直し

調剤基本料の特例の適用対象の薬局は基準調剤加算1を算定不可とする。

ただし、今回新たに調剤基本料の特例の適用対象とする2,500回超かつ90%超(4,000回超かつ集中度70%超を除く)の薬局で24時間開局した場合は、基準調剤加算1のみ算定可能とする。

妥結率が低い保険薬局等の適正化

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び200床以上の医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

(新) 調剤基本料 31点 (妥結率50%以下の場合)

(新) 調剤基本料の特例 19点 (妥結率50%以下の場合)

35

調剤基本料の特例の見直し

「処方せん受付回数月2,500回超かつ集中度90%超の薬局」について、調剤基本料の特例の適用対象に追加する。

ただし、今回新たに調剤基本料の特例の適用対象とする「処方せん受付回数月2,500回超かつ集中度90%超(処方せん受付回数月4,000回超かつ集中度70%超を除く)の薬局」で24時間開局を行っている場合は、特例の適用除外とする。

現行		➔	改定後	
調剤基本料	40点		調剤基本料	41点
調剤基本料の特例 処方せん月4,000回超かつ集中度70%超	24点		調剤基本料の特例 (前略)ただし、ロに該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準等に適合しているものとして届け出た場合はこの限りでない。 イ 処方せん月4,000回超かつ集中度70%超 ロ 処方せん月2,500回超かつ集中度90%超(イの場合を除く。)	25点
(調剤基本料の特例に係る施設基準)			(調剤基本料の特例に係る施設基準)	
(新規)			24時間開局していること	

36

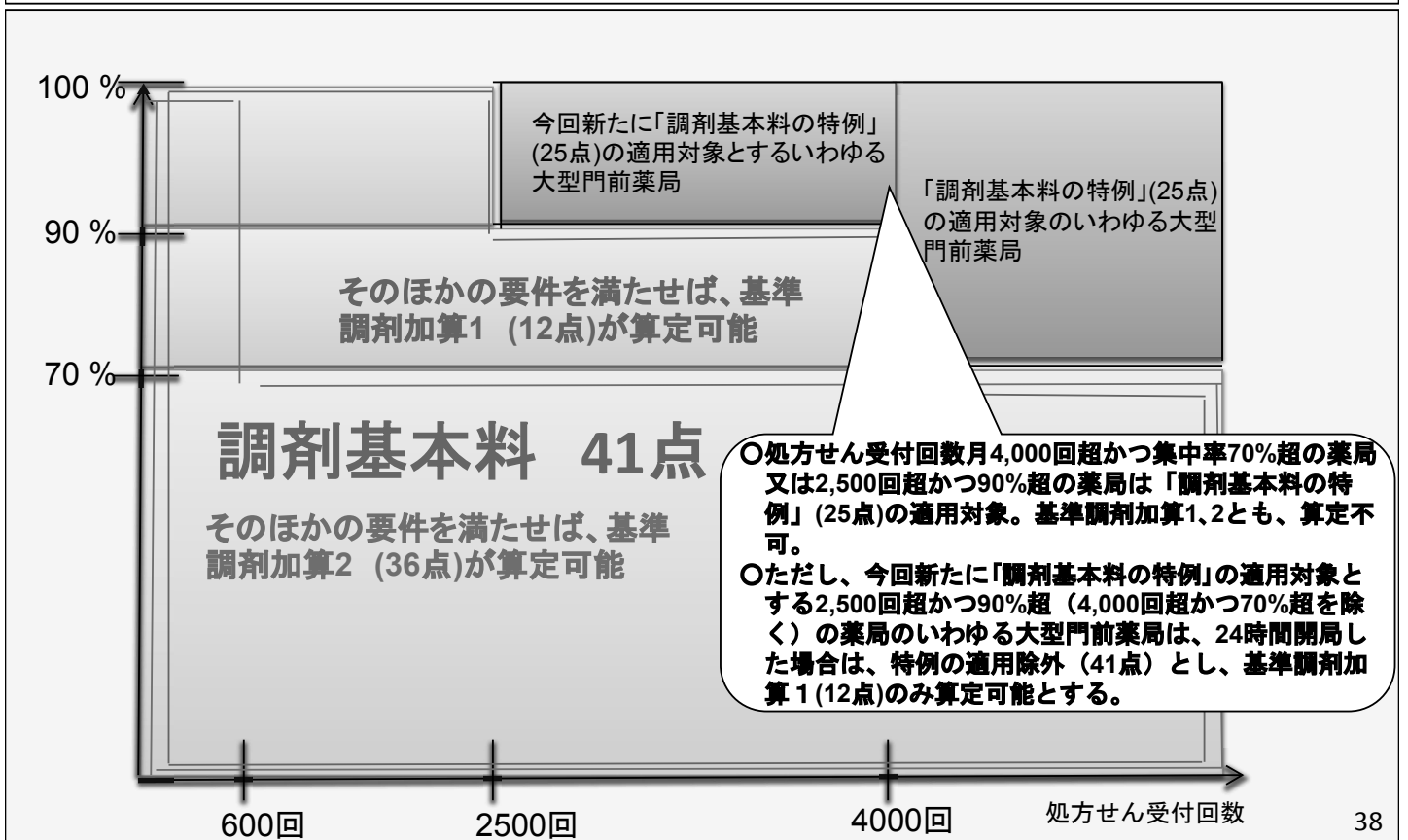
基準調剤加算の見直し

調剤基本料の特例の適用対象の薬局は基準調剤加算1を算定不可とする。
 ただし、今回新たに調剤基本料の特例の適用対象とする「処方せん受付回数月2,500回超かつ集中率90%超(処方せん受付回数月4,000回超かつ集中率70%超を除く)の薬局」で24時間開局した場合は、基準調剤加算1のみ算定可能とする。

現行		→	改定後	
基準調剤加算1	10点		基準調剤加算1	12点
基準調剤加算2 (新規)	30点	基準調剤加算2	36点	
(基準調剤加算1の施設基準) (新規)		注:(前略)なお、調剤基本料の特例の口(月2,500回超かつ集中率90%(月4,000回超かつ集中率70%超の場合を除く。)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(24時間開局していること)に適合しているものとして届け出た場合に加算できる。		
(基準調剤加算1の施設基準) (新規)		(基準調剤加算1の施設基準) 処方せんの受付回数が月に4,000回以下かつ集中率70%以下であること		

平成26年度診療報酬改定

調剤基本料の特例と基準調剤加算のイメージ図



24時間調剤等体制と24時間開局の違い

基準調剤加算の24時間調剤等体制と調剤基本料の特例除外の24時間開局の違いは以下のとおり。

基準調剤加算の24時間調剤等体制

- ・保険薬剤師が患者の求めに応じて24時間調剤等が速やかに実施できる体制を整備していること。
- ・当該保険薬局は、原則として初回の処方せん受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。

調剤基本料の特例除外の24時間開局

- ・保険薬剤師が当直を行う等保険薬剤師を24時間配置し、来局した患者の処方せんを直ちに調剤できる体制を有していること。
- ・当該保険薬局が客観的に見て24時間開局していることがわかる表示又はこれに準ずる措置を講じること。なお、防犯上の観点から必要であれば、夜間休日においては、夜間休日専用出入口又は窓口で対応することで差し支えない。

39

妥結率が低い保険薬局等の適正化①

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

<診療報酬>

- ◆ 許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料・外来診療料・再診料の評価を引き下げる。

(新) 初診料	209点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：282点〕
(新) 外来診療料	54点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：73点〕
(新) 再診料	53点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：72点〕

<調剤報酬>

- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(新) 調剤基本料	31点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：41点〕
(新) 調剤基本料の特例	19点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：25点〕

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数量 \times 薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$

※許可病床が200床以上の病院及び保険薬局においては、年に1回妥結率の実績について、地方厚生局へ報告する。

40

妥結率が低い保険薬局等の適正化②

＜留意事項通知にて＞

- ・妥結率が低い保険薬局とは、妥結率の実績が50%以下の保険薬局をいう。妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日とし、当該期間の妥結率の実績が基準を上回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。ただし、報告年度の当年10月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においても、翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。
- ・妥結とは、取引価格が決定しているものをいう。ただし、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする。また、価格は決定したが、支払期間が決定していないなど、取引価格に影響しない契約状況が未決定の場合は妥結とする。
- ・妥結率の割合は、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告する。なお、平成26年度改定後、最初の報告は平成26年10月に行い、上記の取扱いについては、平成27年1月1日から適用する。
- ・保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付する。

41

価格妥結状況調査について

1. 経緯及び目的

平成18年度薬価制度改革の骨子(平成17年12月16日中央社会保険医療協議会了解)において、「長期にわたる取引価格の未妥結及び仮納入は、薬価調査の信頼性を確保する観点からも、不適切な取引であることから、その是正を図ることとする。」とされたため、薬価調査の一環として、医薬品に係る取引価格の未妥結及び仮納入の状況を把握することを目的として、平成18年度から定期的実施。

2. 調査客体

一般社団法人 日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者のうち、医療用医薬品卸売業を主たる事業としている卸売業者

3. 調査対象月

- ① 薬価改定1年目...6月、9月、12月、翌年3月
- ② 薬価改定2年目...6月、9月、12月

4. 調査内容

- ① 調査対象月に納入した全ての保険医療機関・保険薬局への医療用医薬品の販売総額及び妥結済み販売額(薬価基準ベース)
- ② 200床以上の病院と20以上の店舗を有する保険薬局との取引について、各施設(保険薬局)にあってはチェーン(企業)単位)との取引の有無及び妥結の有無※

※ 上記3の各月に納入した医療用医薬品の8割以上(薬価基準ベース)が妥結済みの場合を妥結とする。

42

価格妥結状況

区 分	妥結率(取引年月別)		増 減
	平成23年9月	平成25年9月	
病 院(総計)	57.9%	56.6%	▲1.3%
200床以上	51.1%	50.2%	▲0.9%
その他	82.7%	81.7%	▲1.0%
診 療 所	96.9%	96.1%	▲0.8%
(医療機関 計)	(71.7%)	(70.4%)	(▲1.3%)
チェーン薬局(20店舗以上)	62.8%	51.9%	▲10.9%
そ の 他 の 薬 局	90.8%	85.3%	▲5.5%
(保険薬局 計)	(84.1%)	(76.2%)	(▲7.9%)
総 合 計	78.1%	73.5%	▲4.6%

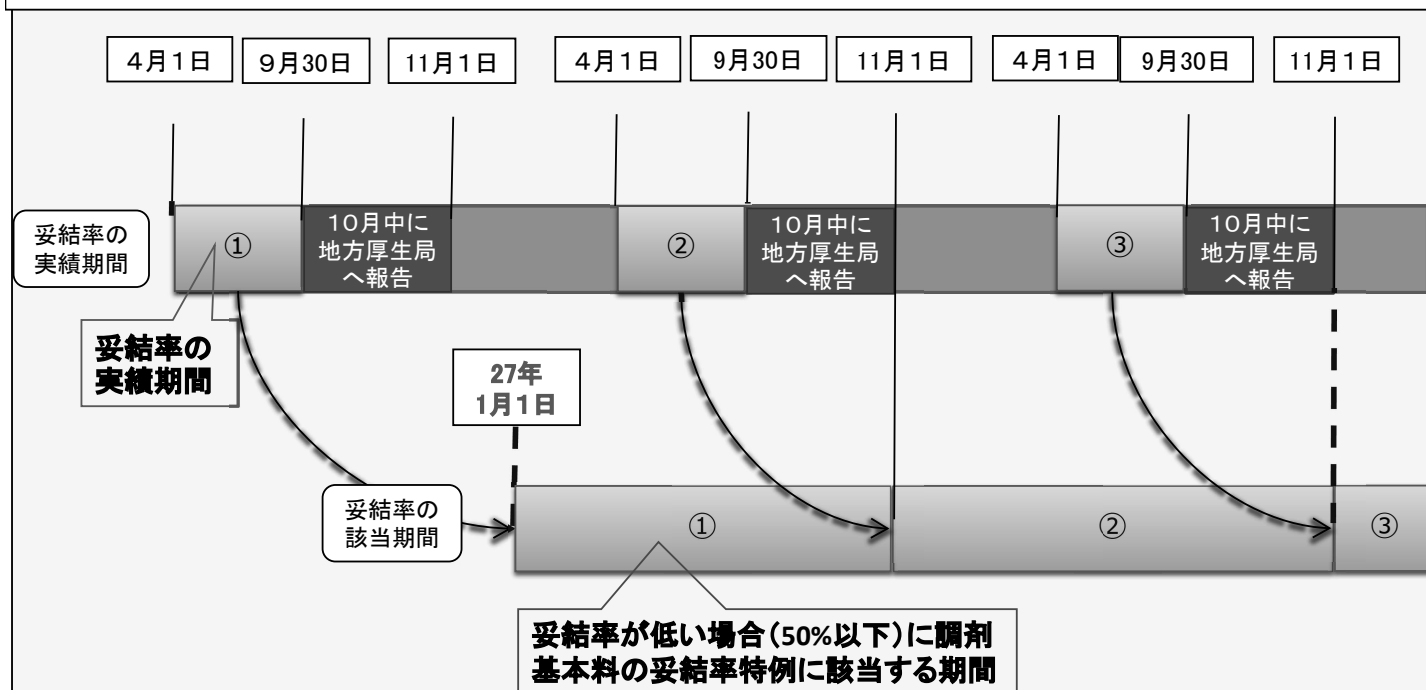
※ 調査客体:一般社団法人日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者

(「価格妥結調査結果」:医政局経済課調べ)

43

平成26年度診療報酬改定

妥結率の特例の実績期間と該当期間



- 4月1日から9月30日を妥結率の実績期間とし、当該期間の妥結率の実績が基準を上回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。
- ただし、書類提出期間を踏まえ導入初年度のみ1月1日より適用とする。

44

消費税8%への引上げに伴う対応

現行			改定後		うち、消費税 対応分
調剤基本料	40点		(改)調剤基本料	41点	(+1点)
調剤基本料の特例	24点		(改)調剤基本料の特例	25点	(+1点)
—	—		(新)調剤基本料の妥結率特例	31点	(+1点)
—	—		(新)調剤基本料の特例の妥結率特例	19点	(+1点)
【個別項目】		➡	【個別項目】		
一包化加算(56日分以下)	30点		(改)一包化加算(56日分以下)	32点	(+2点)
一包化加算(57日分以上)	270点		(改)一包化加算(57日分以上)	290点	(+20点)
無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	40点		(改)無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	65点	(+10点)
—	—		(新)無菌製剤処理加算 (乳幼児用中心静脈栄養法用輸液)	130点	(+20点)
無菌製剤処理加算 (抗悪性腫瘍剤)	50点		(改)無菌製剤処理加算 (抗悪性腫瘍剤)	75点	(+10点)
—	—		(新)無菌製剤処理加算 (乳幼児用抗悪性腫瘍剤)	140点	(+20点)
—	—		(新)無菌製剤処理加算 (麻薬)	65点	(+10点)
—	—		(新)無菌製剤処理加算 (乳幼児用麻薬)	130点	(+20点)

45

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

医療費適正化の観点から、治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

現行		改定後
【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 (新規)	➡	【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 入院中の患者以外の患者に対して、 <u>うがい薬（治療目的のものを除く。）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料を算定しない。</u>

＜留意事項通知にて＞

うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

改定に伴う施設基準の届出について(保険薬局に係るもの)

平成26年3月5日現在

1 施設基準創設により算定するに当たり届出が必要なもの

新たに施設基準が創設されたことにより、平成26年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

【特掲診療料】

- ・ 調剤基本料の特例

2 施設基準の改正により、届出が必要なもの

施設基準の改正により、平成26年3月31日において現に当該点数を算定していた保険薬局であっても、平成26年4月以降において当該点数を算定するにあたり、届出の必要なもの

【特掲診療料】

- ・ 基準調剤加算
- ・ 後発医薬品調剤体制加算

上記に加え、毎年10月に妥結率の割合を厚生局に報告する。

47

1 円滑な届出の受付に関するお願い

(1) 施設基準等の届出先(近畿厚生局各事務所等)

府県名	届出先	事務所等の所在地	TEL	FAX
福 井	近畿厚生局 福井事務所	〒910-0019 福井市春山 1-1-54 福井春山合同庁舎 7F	0776-25-5373	0776-25-5375
滋 賀	近畿厚生局 滋賀事務所	〒520-0056 大津市末広町 1-1 日本生命大津ビル 4F	077-526-8114	077-526-8116
京 都	近畿厚生局 京都事務所	〒604-8153 京都市中京区烏丸通四条上ル笋町 691 りそな京都ビル 5F	075-256-8681	075-256-8684
大 阪	近畿厚生局 指導監査課	〒540-0011 大阪府中央区農人橋 1-1-22 大江ビル 8F	06-4791-7316	06-4791-7355
兵 庫	近畿厚生局 兵庫事務所	〒650-0023 神戸市中央区栄町通 1-2-7 大同生命神戸ビル 8F	078-325-8925	078-325-8928
奈 良	近畿厚生局 奈良事務所	〒630-8115 奈良市大宮町 1-1-15 ニッセイ奈良駅前ビル 2F	0742-25-5520	0742-25-5522
和歌山	近畿厚生局 和歌山事務所	〒640-8153 和歌山市三木町台所町 7 三井住友海上和歌山ビル 4F	073-421-8311	073-421-8315

※ 近畿厚生局福井事務所は、平成 26 年 2 月 10 日(月)より上記の住所に移転しております。

(2) 施設基準等の届出方法

- ① 施設基準等の届出については「郵送」でお願いします。
- ② 4 月 1 日から算定を行うためには、「4 月 14 日(月)必着」までに届出が必要となりますのでご注意願います。
- ③ 締切日直前に届出が集中することが予想されます。速やかな審査のため、まとめて提出するのではなく、早期に届出できるものはその都度にご提出いただくようお願いします。
- ④ FAXでの届出書及び添付書類の提出は認められません。
- ⑤ 添付資料について、通知や届出様式で定めているものを忘れず提出してください。
- ⑥ 届出書及び添付書類の様式は、厚生労働省ホームページに掲載しています。
また、近畿厚生局ホームページにも掲載を行います。(※診療報酬改定に関する情報についても掲載しています。)

・厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/>

・近畿厚生局ホームページ：<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/>

- ⑦ 届出書の提出前にもう一度施設基準通知等を確認し、内容に漏れや誤りがないか十分チェックをしてください。(※次ページのチェックリストを活用してご確認ください。)
- ⑧ 複数の施設基準等を同時に届け出た場合であっても、審査を終えた届出書からそれぞれ別々に受理通知を送付することがありますので、あらかじめご了承ください。

★チェックリスト★

「届出書」を添付していますか。

※「届出書」…基本診療料：別添7、特掲診療料：別添2

「届出書」は、届出を行う施設基準ごとに添付が必要です。

「届出書」及び「添付書類」に記載漏れはありませんか。

「届出書」に開設者印を押印していますか。

施設基準通知や届出様式に記載されている必要な「添付書類」をすべて添付していますか。

「届出書」及び「添付書類」を正副2通セットしていますか。

2 診療報酬改定内容に関するご質問の方法

① 診療報酬改定内容に関するご質問は、所定の疑義照会票（※近畿厚生局ホームページに掲載）に必要事項をご記入の上、**「郵便又はFAX」**にて各事務所へお送りください。

※ 照会にあたって、**告示・通知をよく確認したうえ**でご質問ください。告示・通知は厚生労働省ホームページに掲載しています。

※ FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。

※ 電話による照会は、できる限り控えて頂くようご協力願います。

② 回答は、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。

③ 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

3 その他の周知事項

(1) 施設基準の要件の確認等について

- ① 施設基準の要件に適合しているかどうかは、保険医療機関・保険薬局の責任で、随時確認しなければなりません。
- ② 従事者等を含め、届出した内容に変更が生じたときは速やかに変更届を提出してください。
また、円滑な処理のため、変更届の提出の際には、「届出書」（別添7又は別添2）の上方余白に変更が生じた具体的な内容を明記していただくようお願いします。
- ③ 施設基準の要件に適合しない場合は、辞退届の提出等の手続きをしてください。なお、辞退届に記載する辞退の理由は、具体的なものとしてください。
(記載例)
 - ・運動器リハビリテーション料：〇月〇日付で専従の理学療法士が退職したため。
 - ・後発医薬品調剤体制加算：平成〇年〇月～平成〇年〇月分の実績が〇%を下回り、要件を満たさなくなったため。
- ④ 施設基準の届出を行った保険医療機関等は、**毎年7月1日現在**で届出書の記載事項について報告しなければなりません。（詳しくは、7月上旬の近畿厚生局ホームページでお知らせします。）

(2) 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

- ① 療養の給付と直接関係ないサービスの提供は、患者の選択により行われるものです。
- ② その選択に資するため、次の点に留意してください。
 - ア. サービスの内容、料金を施設内の見やすい場所に掲示しなければなりません。
 - イ. 患者に対して、費用徴収を行うサービスの内容、料金等について、明確かつ懇切に説明し、その同意を確認しなければなりません。
 - ウ. 同意の確認は、費用徴収を行うサービスの内容・料金を明示した文書に、患者の署名を受けることにより行う必要があります。
- ③ また、患者から費用の徴収をすることが認められてないものがあります。
※ 詳細については、通知「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（最終改正：平成20年5月8日付け保医発0508001号）を確認の上、適切な取扱いを行ってください。

(3) 保険薬剤師の登録について

保険薬剤師の登録がされていない例が見受けられます。保険薬局におかれては、保険薬剤師の登録状況の確認を適切に行ってください。

(4) 薬学管理等におけるプライバシーへの配慮等について

「薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならない。」と通知において定められていることを踏まえ、プライバシー保護の必要性や重要性を十分認識し、その適正な取扱いをしてください。

保険調剤の理解のために

保険薬剤師、保険薬局の責務

○ 保険調剤の基本的ルール

- 保険調剤は、健康保険法等の各法に基づき、保険者と保険薬局との間の「公法上の契約」による契約調剤である。
- 保険薬局及び保険薬剤師であるということは、健康保険法等で規定されている保険調剤のルール(契約の内容)を熟知していることが前提となる。
- 保険薬剤師が保険調剤を行うにあたっては、保険調剤のルールを遵守する必要がある。

保険調剤として調剤報酬が支払われるには、

- ① 保険薬剤師が
- ② 保険薬局において
- ③ 健康保険法、薬剤師法、薬事法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(薬担規則)」の規定を遵守し
- ⑤ 薬学的に妥当適切な調剤(患者指導を含む)を行い
- ⑥ 調剤報酬点数表に定められた算定要件を満たした上で請求を行っていること。

○ 処方せん

- 調剤にあたっては、処方せんが適正かどうか、又、処方されている医薬品が薬価基準収載品目であり、薬事法承認事項(効能・効果、用法・用量、禁忌等)等を遵守して使用されているかの確認が必要である。
- 上記等について疑義が生じた場合には、必ず保険医に疑義照会を行うこと。
- 調剤済となった処方せんに必要な記入事項を適切に行うこと。

○ 調剤録

- 調剤録は、調剤報酬請求の根拠である。
- 保険薬剤師は、患者の調剤を行った場合には、遅滞なく、調剤録に当該調剤に関する必要な事項を記載しなければならない。

○ 「薬担規則」の重要性、遵守義務

「薬担規則」は、保険調剤を行う上で保険薬局と保険薬剤師が遵守すべき重要でかつ保険薬剤師の根本となる事項が定められているので、今一度、「薬担規則」を読み返し、遵守に努めること。

平成 26 年度診療報酬改定関係疑義照会票（兼：送信票）

* 整理等の都合上、お手数ですが、疑義照会票1枚につき1内容の照会としていただきますようご協力願います。

★ 手順1 【照会元】及び【宛先】について、次の①から⑨に記入願います。

【照会元】	① 照会日	月	日	【宛先】	↓ ○をした事務所等
② 病院・診療所・薬局の名称				⑨ ご照会元の所在地の府県に○ →	・ 福井(福井事務所) FAX:0776-25-5375
③ 医療機関・薬局コード					・ 滋賀(滋賀事務所) FAX:077-526-8116
④ 病院・診療所・薬局の所在地 (※府県名から)					・ 京都(京都事務所) FAX:075-256-8684
⑤ ご担当者氏名					・ 大阪(指導監査課) FAX:06-4791-7355
⑥ ご連絡先	・ 電話 (— —)				・ 兵庫(兵庫事務所) FAX:078-325-8928
	・ FAX (— —)				・ 奈良(奈良事務所) FAX:0742-25-5522
⑦ 送付枚数 (※本紙含む)	枚	⑧ インターネット 閲覧環境 (*いずれかに○)	有 ・ 無		・ 和歌山(和歌山事務所) FAX:073-421-8315

★ 手順2 照会の区分、区分番号、照会項目を、次の①から③に記入願います。

① 区 分 (※いずれかに○)	医科 ・ 歯科 ・ 薬局 その他()	② 区分番号 (例) 再診料の場合…「A001」	
③ 照会項目 (※いずれかに○)	算定方法関係 ・ 施設基準届出関係 ・ DPC関係 ・ その他()		

★ 手順3 照会する内容を、次の①及び②に記入願います。(1枚につき1内容)

【①照会件名】 (※点数等の具体的名称について記載してください。【例: A001 再診料の時間外対応加算について】)

【②具体的な内容】 (※照会する内容について、具体的に記載願います。スペースが不足する場合は別紙(様式自由)に記載してください。また、添付資料がある場合は必要な資料を添付してください。)

★ 手順4 この照会票を、郵送又はFAXにて【宛先】の事務所等へ送付願います。

※FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。
 ※回答については、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。
 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

受付印

【以下、厚生局使用欄(記入不要)】

照会元への回答日	月 日	回答方法	電話 ・ その他()
※医療課進達日	月 日	※医療課回答日	月 日

