

平成26年改定 診療報酬点数表改定説明会

平成26年度調剤報酬改定及び 薬剤関連の診療報酬改定の概要

厚生労働省 北海道厚生局 医療課

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。

社会保障制度改革国民会議

医療・介護分野の改革

平成25年8月6日
社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)

- 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。
- この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

基本認識

- 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**等に取り組み、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。

重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
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

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、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んでいく必要がある。

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

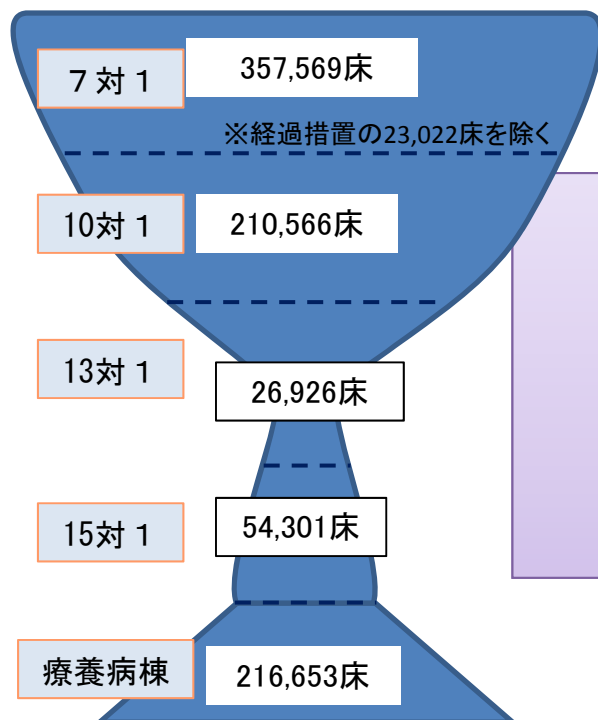
4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・長期入院患者の評価の適正化
 - ・重症度・看護必要度の見直し
 - ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

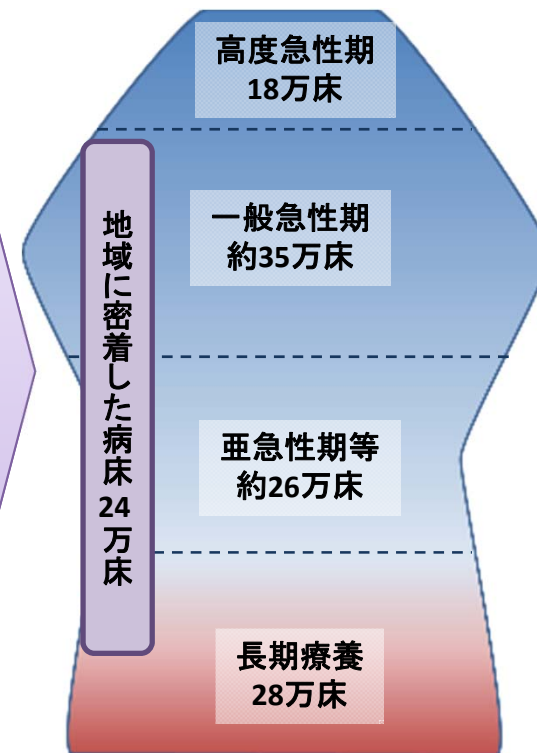
<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
 - ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<2025年(平成37年)の姿>



外来医療

在宅医療

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

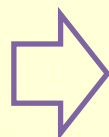
1. 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

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	
基準調剤加算1	10点
基準調剤加算2	30点



改定後	
基準調剤加算1 <u>(近隣の薬局と連携して24時間調剤等の体制を整備等)</u>	<u>12点</u>
基準調剤加算2 <u>(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)</u>	<u>36点</u>

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。

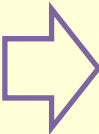
現行	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	
同一建物居住者以外の場合	500点
同一建物居住者の場合	350点



改定後	
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	<u>650点</u>
同一建物居住者の場合	<u>300点</u>

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／ <u>(新)乳幼児</u>
中心静脈栄養法用輸液	40点		中心静脈栄養法用輸液	<u>65点／130点</u>
抗悪性腫瘍剤	50点		抗悪性腫瘍剤	<u>75点／140点</u>
—	—		<u>(新)麻薬</u>	<u>65点／130点</u>

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

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

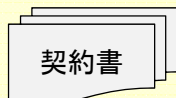
保険薬局が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。



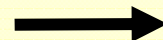
事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



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

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

(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。

(新規)



改定後

(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。

<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

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	
基準調剤加算1	10点
(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)	
(新規)	



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

<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。

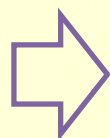
在宅療養を支援する薬局における基準調剤加算の見直し

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

基準調剤加算2	30点
(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)	
(新規)	
(新規)	
(新規)	



改定後

基準調剤加算2	<u>36点(改)</u>
(基準調剤加算の施設基準)	
基準調剤加算2の基準	
イ 略 <u>(削除)</u>	
ロ 十分な数の医薬品を備蓄していること。	
<u>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。</u>	
<u>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。</u>	
<u>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。</u>	
<u>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。</u>	

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、あらかじめ患家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。

改定の方方向性と新たな基準調剤加算の施設基準

<改定の方方向性>

- 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

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。

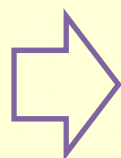
また、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

現行

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合 500点
- 2 同一建物居住者の場合 350点

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、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（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。



改定後

【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(改)
- 2 同一建物居住者の場合 300点(改)

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、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（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を合わせて保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。

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
	単位：%				
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%

〔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。

無菌製剤処理加算の対象範囲の評価・見直し①

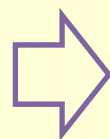
薬事法施行規則の一部改正により、無菌調剤室の共同利用が可能となったため、無菌製剤処理加算について、無菌調剤室を共同利用する場合でも算定可能とする。

現行

(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。



改定後

(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。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>

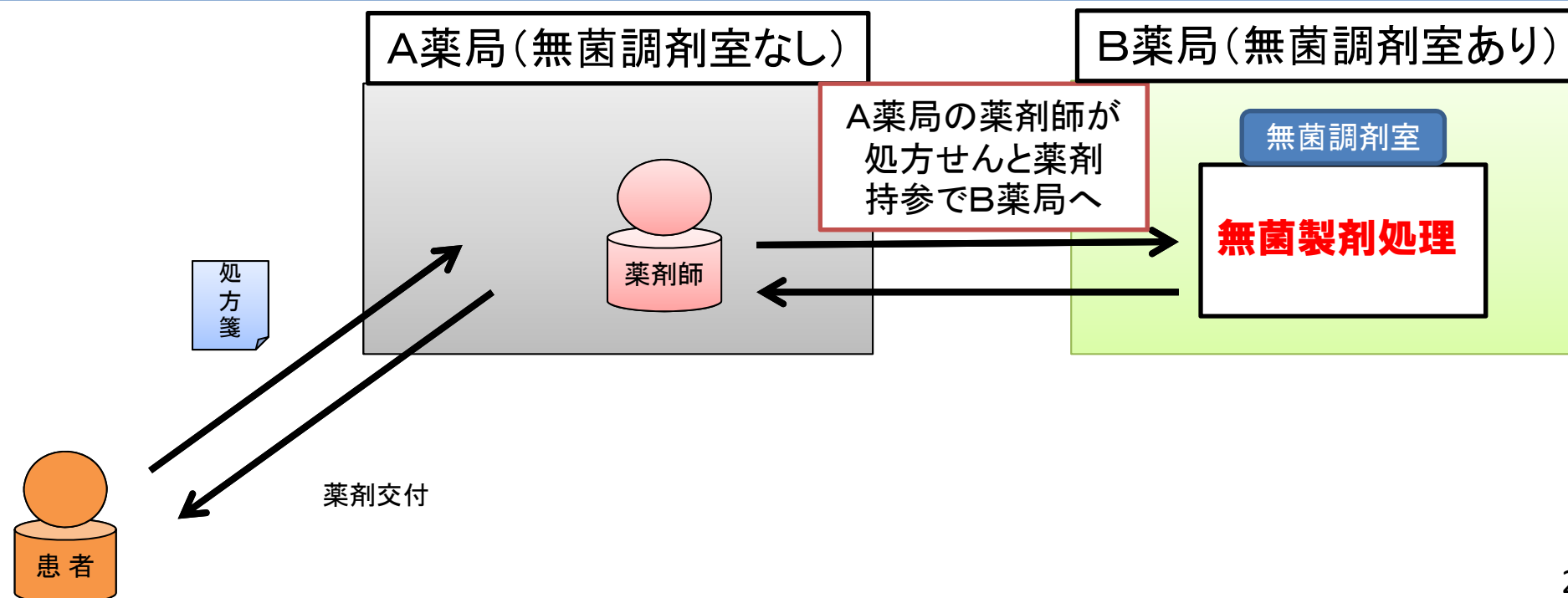
無菌調剤室の共同利用する場合にあたっては、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」(平成24年8月22日薬食発0822第2号)を遵守し適正に実施すること。

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。

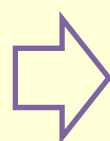
また、在宅の緩和ケアを推進するため、無菌製剤処理加算の評価対象を医療用麻薬についても拡大する。

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

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。



改定後

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、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。

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。

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

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＞

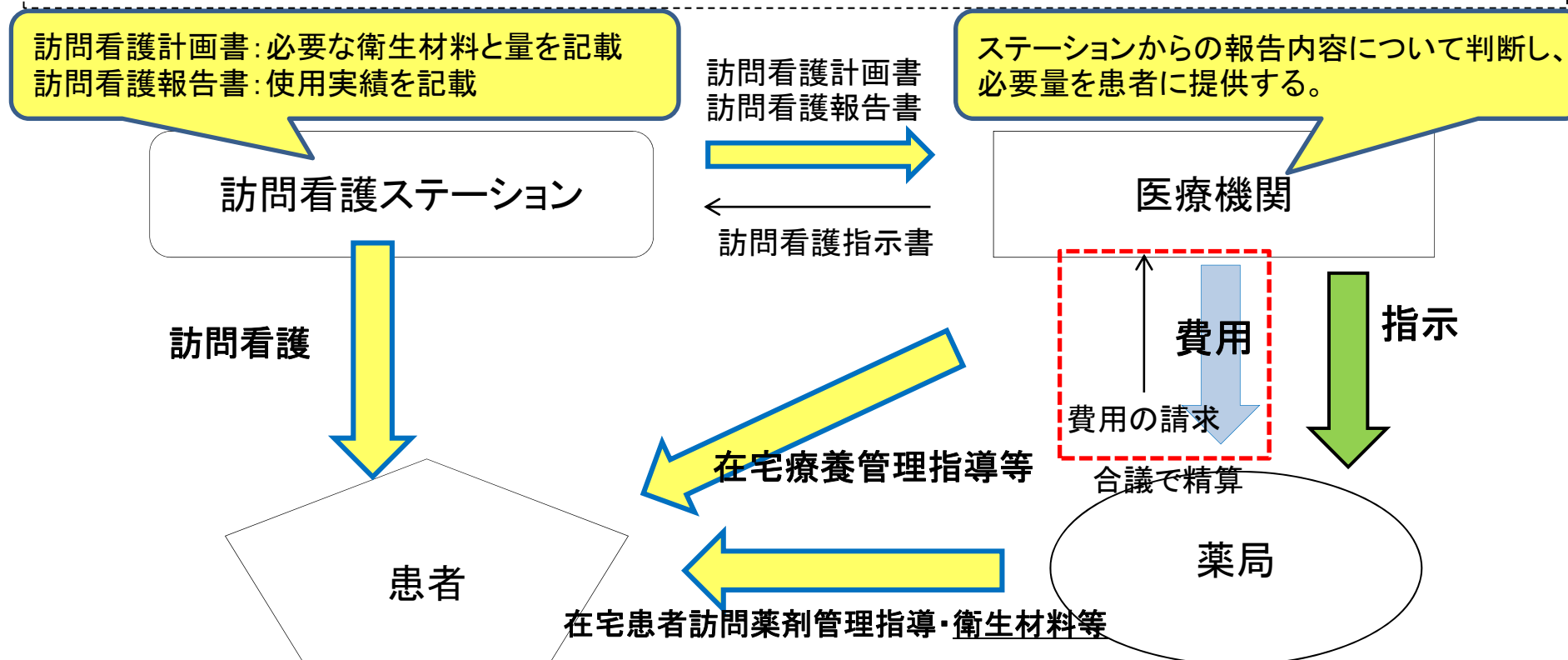
・衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。

・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。

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。

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

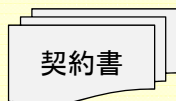
保険薬局が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。



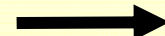
事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



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

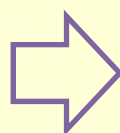
2. 薬局における薬学的管理及び指導の充実

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す。

現行	
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 	



改定後	
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 	
<u>(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)</u>	<u>34点</u>
<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。

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

【薬剤服用歴管理指導料】
(処方せんの受付1回につき) 41点

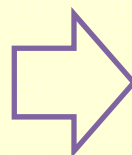
[算定要件]

注：患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

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）



改定後

【薬剤服用歴管理指導料】
(処方せんの受付1回につき) 41点

[算定要件]

注：患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

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。

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）

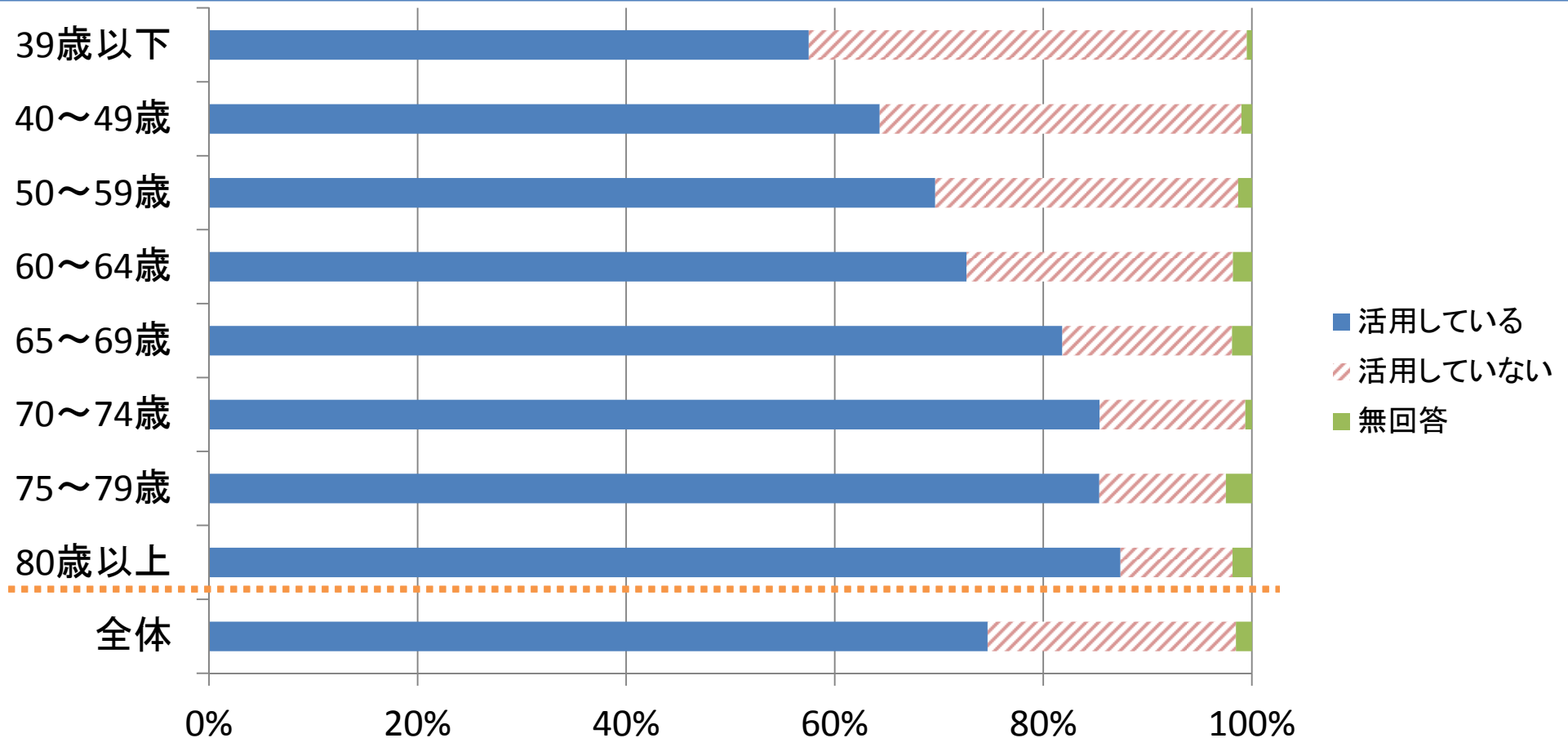
<留意事項通知にて>

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。³⁰

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）



〔出典〕平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」（速報値）

- 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。

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。

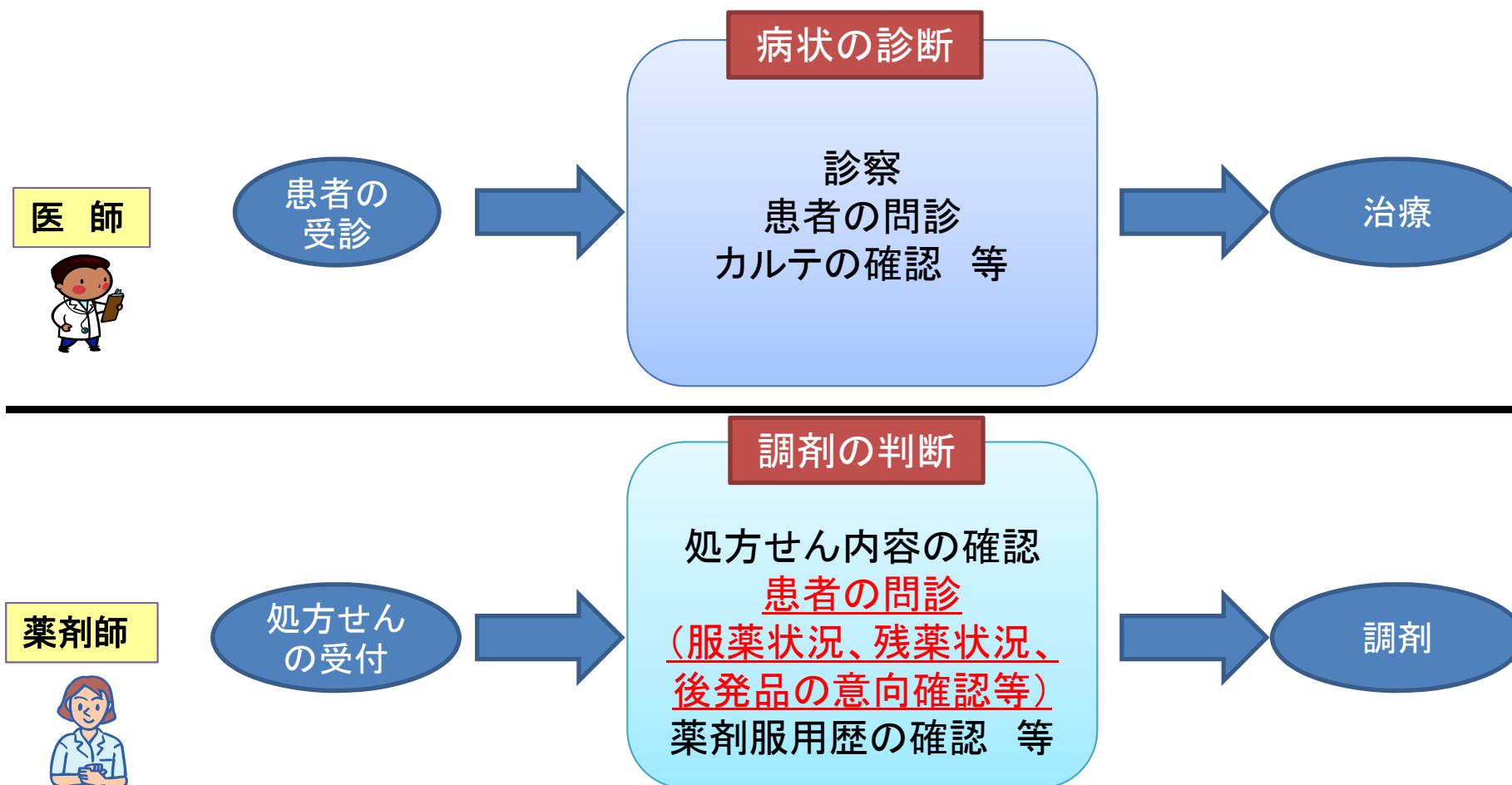
＜薬剤服用歴管理指導料の留意事項通知にて＞

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

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。



3. 後発医薬品の使用促進策

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。

後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ（概要）

平成25年4月5日公表

- 後発医薬品推進の意義は、医療費の効率化を通じて、限られた医療資源の有効活用を図り、国民医療を守ること。
- 後発医薬品の数量シェアを平成30年3月末までに60%以上にする。
 - ※ 数量シェアについては、国際的な比較が容易にできることも踏まえ、後発医薬品に置き換えられ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とする。
- 達成状況をモニタリングし、その結果や諸外国の動向を踏まえ、適宜見直す。
- 後発医薬品のさらなる使用促進のための取組についてもモニタリングを行い、その結果を踏まえ必要な促進策を適宜追加する。

①安定供給

課題： 製造管理、品質管理、原薬確保及び需要予測の誤り等による品切れの発生

国の取組： 諸外国の状況に関する情報提供

メーカーの取組： 業界団体による「ジェネリック医薬品供給ガイドライン」の作成
後発医薬品メーカーによる「安定供給マニュアル」の作成
供給を継続して確保する体制の整備

②品質に対する信頼性の確保

課題： 品質に対する医療関係者や国民へのさらなる理解の促進

国の取組： ジェネリック医薬品品質情報検討会の継続、一斉監視指導の継続

都道府県の取組： 都道府県協議会による研修事業の実施

メーカーの取組： 製造所に対する現地における品質管理の確認の徹底
特に海外の製剤や原薬の製造所に対し、適切かつ合理的な品質管理が行えるよう専門的な人材等の活用等について検討

③情報提供の方策

課題： 医療関係者への情報提供の充実、医療関係者の情報収集・評価の負荷の解消

都道府県の取組： 市区町村又は保健所単位レベルでの協議会の活用
汎用後発医薬品リストの作成

メーカーの取組： 業界団体の「情報提供システム」の改善・拡充
後発医薬品メーカーによる情報収集・提供体制の整備・強化

④使用促進に係る環境整備

課題： 後発医薬品の推進の意義、メリットについてのさらなる理解の促進
使用促進に向けた、都道府県協議会活動の強化

国の取組： 全国医療費適正化計画における後発医薬品に関する取組の推進

都道府県の取組： 都道府県医療費適正化計画における後発医薬品に関する目標設定
及び関連施策の推進

保険者の取組： 差額通知事業の推進

⑤医療保険制度上の事項

課題： 医師、歯科医師、薬剤師の後発医薬品への理解が進むようなさらなる
インセンティブの検討

国の取組： 診療報酬上の使用促進策について、中央社会保険医療協議会等で検討

⑥ロードマップの実施状況のモニタリング

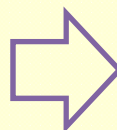
ロードマップの達成状況について、モニタリングを行い、その結果等を踏まえ、
必要に応じ追加的な施策を講ずる。

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		
後発医薬品調剤体制加算		
旧指標	22%	5点
旧指標	30%	15点
旧指標	35%	19点



改定後		
後発医薬品調剤体制加算		
新指標	55%	18点
新指標	65%	22点
<u>(廃止)</u>		

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

1 後発医薬品調剤体制加算 1	5 点
2 後発医薬品調剤体制加算 2	1 5 点
3 後発医薬品調剤体制加算 3	1 9 点

(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	2 2 %以上
後発医薬品調剤体制加算 2	3 0 %以上
後発医薬品調剤体制加算 3	3 5 %以上

旧指標の数量シェア

後発医薬品

全医薬品

改定後

1 後発医薬品調剤体制加算 1	<u>1 8 点</u>
2 後発医薬品調剤体制加算 2	<u>2 2 点</u>
<u>(削除)</u>	

(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	<u>5 5 %以上</u>
後発医薬品調剤体制加算 2	<u>6 5 %以上</u>
<u>(削除)</u>	

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

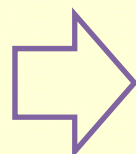
調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、指標変更によって、後発医薬品調剤体制加算が受けられないことがないように適正化を図る。

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。

改定後

【後発医薬品調剤体制加算の施設基準】

(新規)



改定後

【後発医薬品調剤体制加算の施設基準】

当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

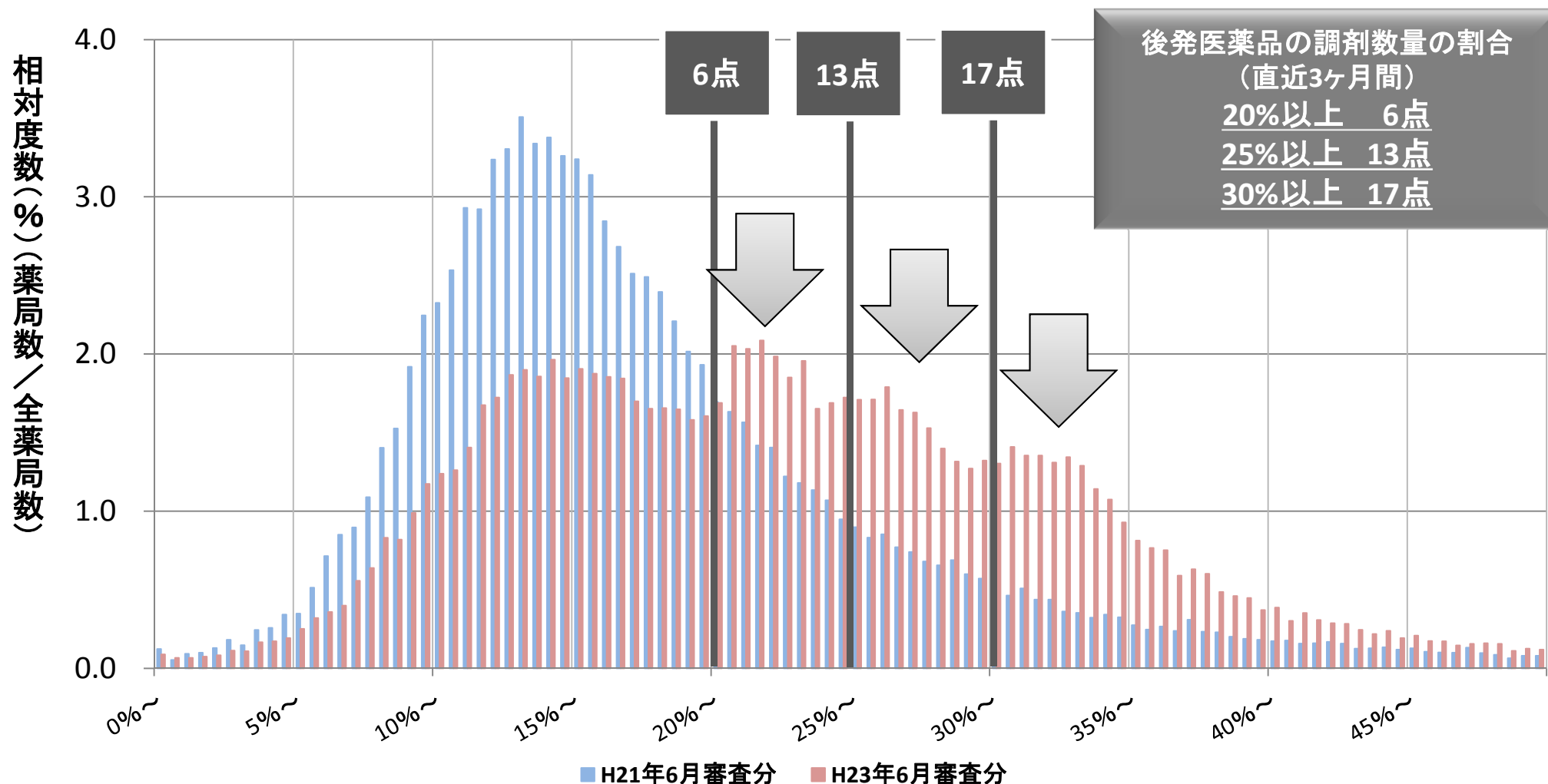
新指標のカットオフ値

$$\frac{\text{後発医薬品あり先発医薬品} + \text{後発医薬品}}{\text{全医薬品}}$$

分母から除外する医薬品

経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬、漢方製剤、その他の生薬および漢方処方に基づく医薬品

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



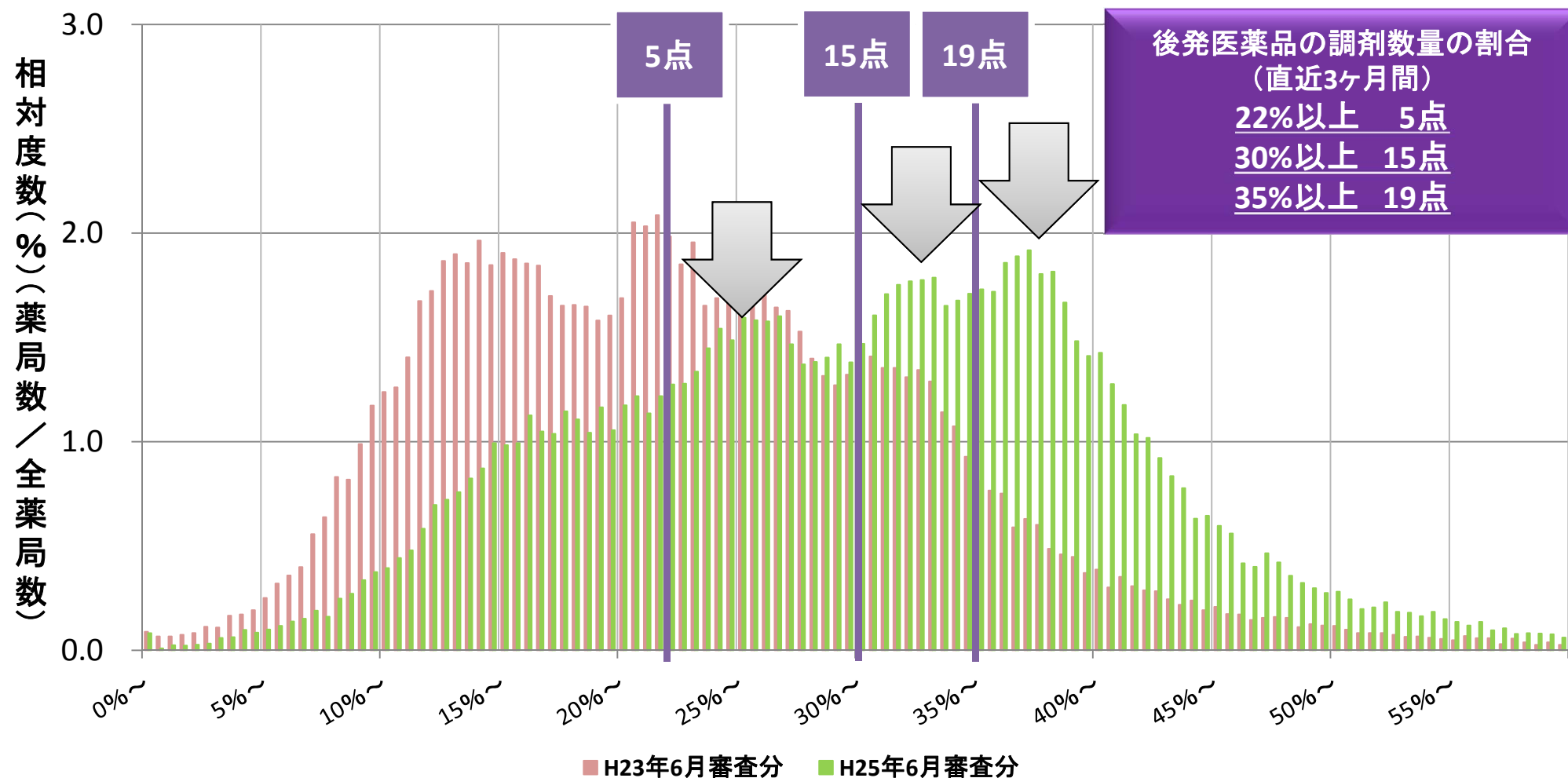
注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成21年6月審査分及び平成23年6月審査分を集計対象としたものである。

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)

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



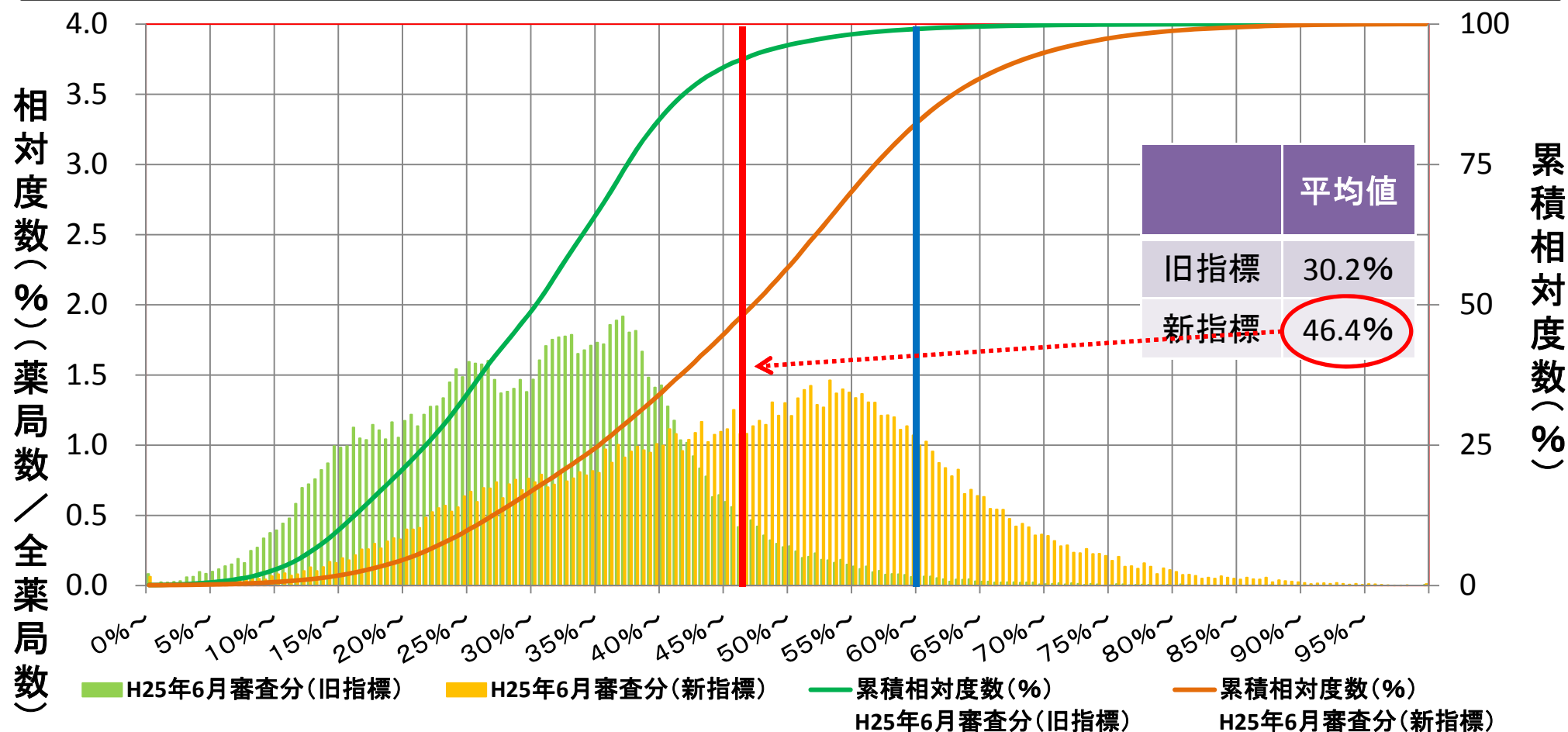
注1) 審査支払機関においてレセプト電算処理システムにより処理された調剤報酬明細書のうち、平成23年6月審査分及び平成25年6月審査分を集計対象としたものである。

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。

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。

一般名処方における後発医薬品選択の明確化

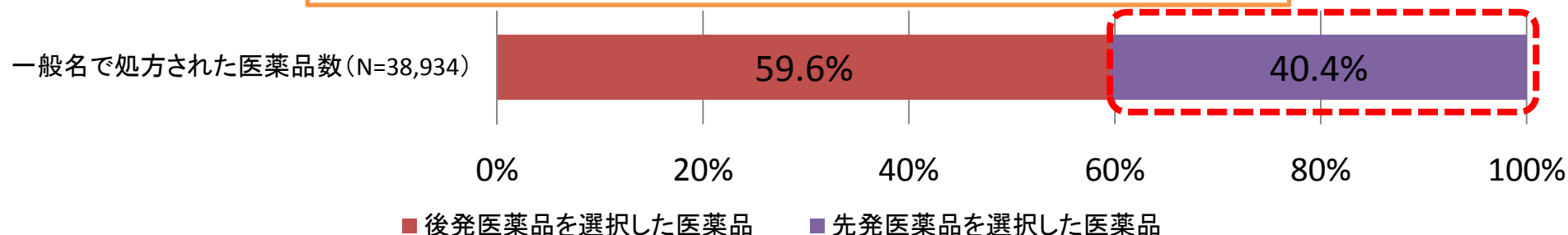
一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をし、後発医薬品を選択するよう努める旨を規定する。

＜薬剤服用歴管理指導料の留意事項通知にて＞

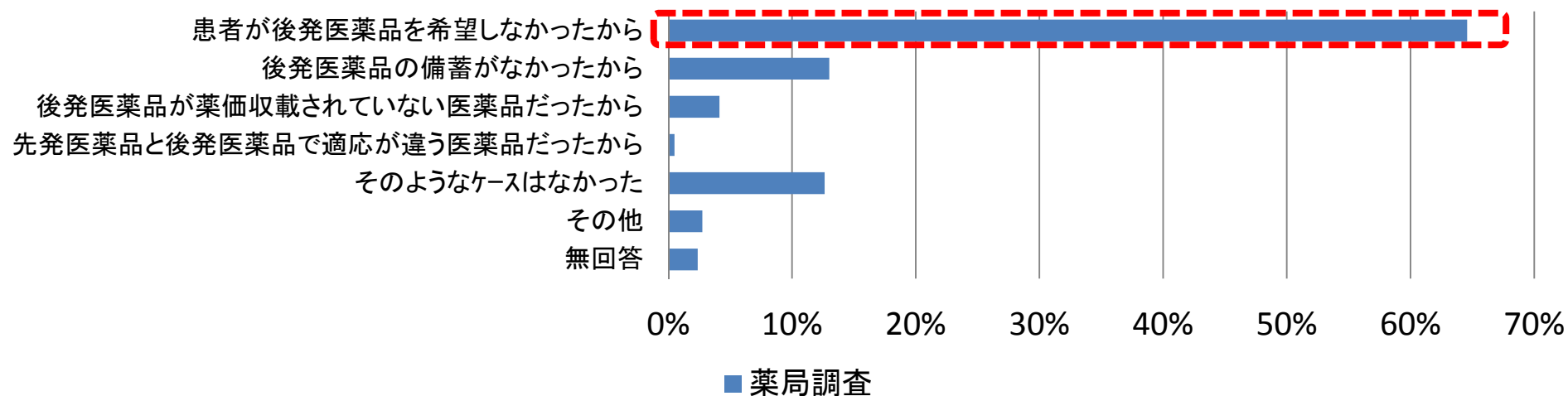
一般名処方が行われた医薬品について、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をした場合であって、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載する。

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お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。

4. 調剤報酬における適正化・合理化

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)

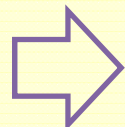
(新) 調剤基本料の特例 19点 (妥結率50%以下の場合)

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	
調剤基本料	40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



改定後	
調剤基本料	<u>41点</u>
調剤基本料の特例 (前略) <u>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。</u>	<u>25点</u>
イ 処方せん月4,000回超かつ集中度70%超 ロ <u>処方せん月2,500回超かつ集中度90%超（イの場合を除く。）</u>	

(調剤基本料の特例に係る施設基準)
(新規)

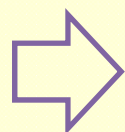
(調剤基本料の特例に係る施設基準)
24時間開局していること

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。

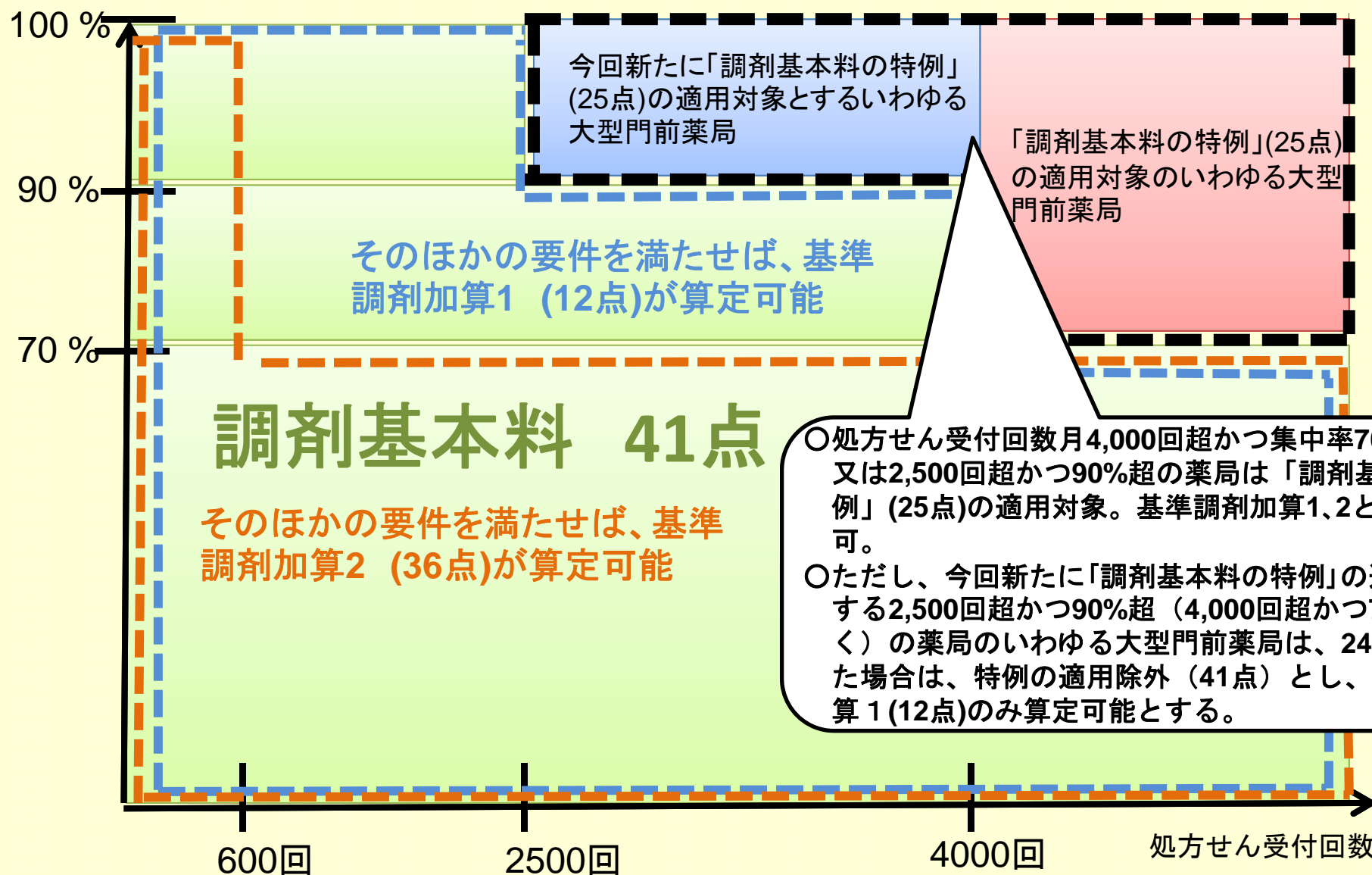
ただし、今回新たに調剤基本料の特例の適用対象とする「処方せん受付回数月2,500回超かつ集中度90%超（処方せん受付回数月4,000回超かつ集中度70%超を除く）の薬局」で24時間開局した場合は、基準調剤加算1のみ算定可能とする。

現行	
基準調剤加算1	10点
基準調剤加算2	30点
(新規)	
(基準調剤加算1の施設基準)	
(新規)	



改定後	
基準調剤加算1	<u>12点</u>
基準調剤加算2	<u>36点</u>
注: (前略) <u>なお、調剤基本料の特例の口(月2,500回超かつ集中度90%(月4,000回超かつ集中度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。</u>	
(基準調剤加算1の施設基準)	
<u>処方せんの受付回数が月に4,000回以下かつ集中度70%以下であること</u>	

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。

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]

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

※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。

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。

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年度から定期的に実施。

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。

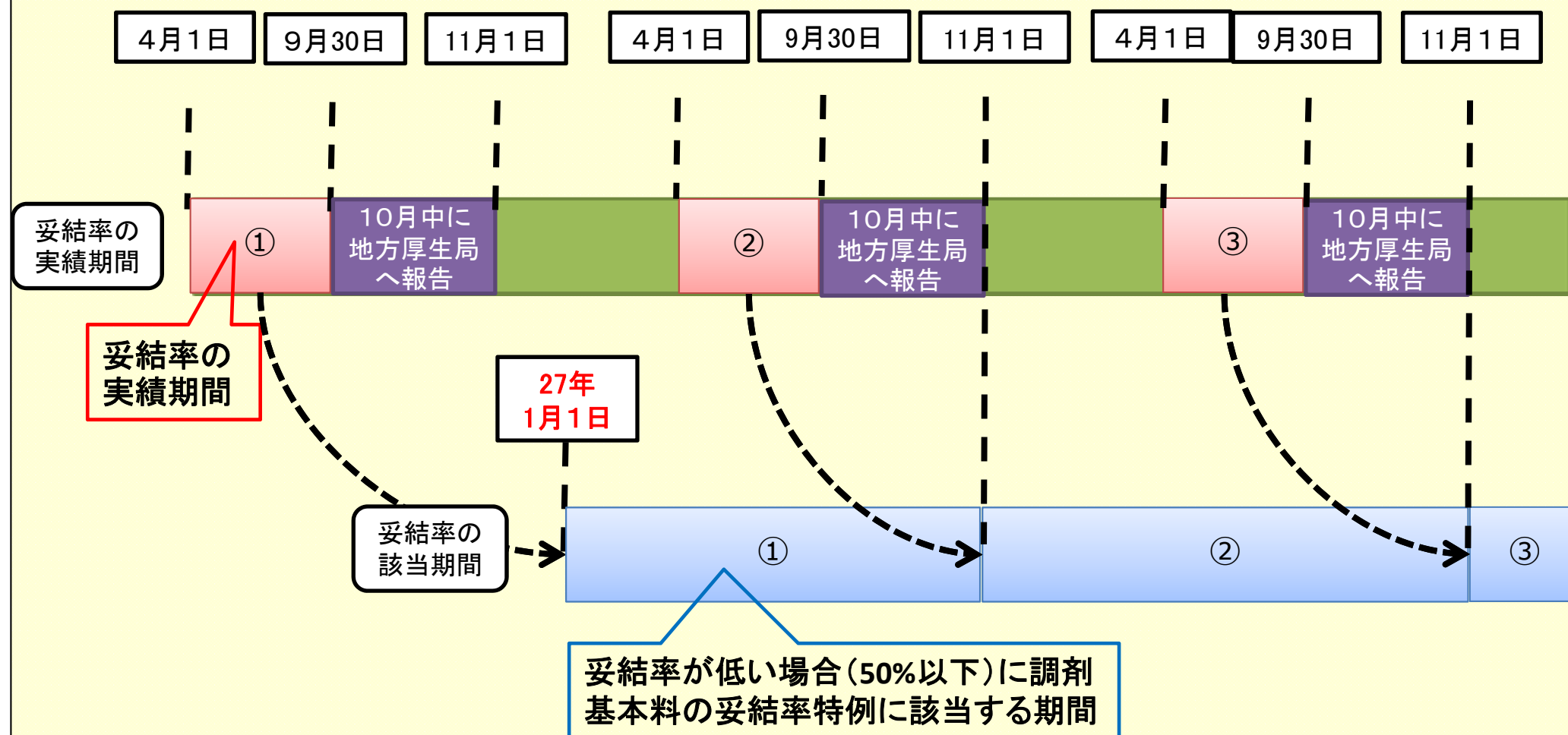
価格妥結状況

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)

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。

5. 消費税率8%への引上げに伴う対応

消費税8%への引上げに伴う対応

現行	
調剤基本料	40点
調剤基本料の特例	24点
—	—
—	—
【個別項目】	
一包化加算(56日分以下)	30点
一包化加算(57日分以上)	270点
無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	40点
—	—
無菌製剤処理加算 (抗悪性腫瘍剤)	50点
—	—
—	—
—	—



改定後		うち、消費税 対応分
(改)調剤基本料	41点	(+1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】		
(改)一包化加算(56日分以下)	32点	(+2点)
(改)一包化加算(57日分以上)	290点	(+20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)
(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)

平成26年度薬剤関連の診療報酬改定の概要

チーム医療の推進について

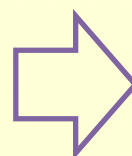
～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

現行

【病棟薬剤業務実施加算】
(週1回) 100点

注：(前略) 週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。



改定後

【病棟薬剤業務実施加算】
(週1回) 100点

注：(前略) 週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

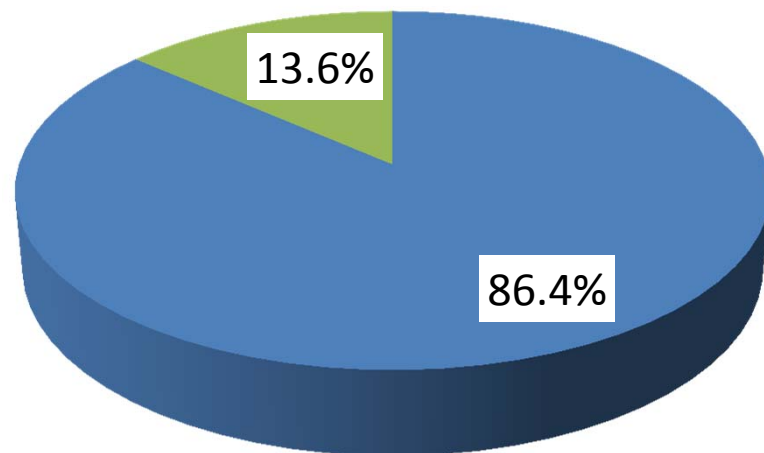
＜留意事項通知にて＞退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。
＜施設基準通知にて＞病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報提供管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれない。

入院後4週間以降の療養病棟又は精神病棟における実施 及び病棟薬剤業務の継続性について

病棟調査

療養病棟又は精神病棟において入院後4週間以降も病棟薬剤業務を実施しているか？

病棟調査N=22病棟



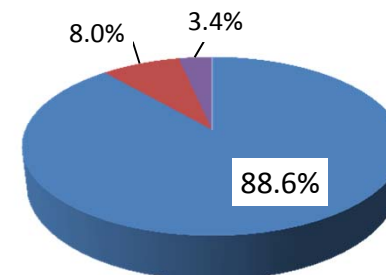
■ 4週間以降も実施している ■ 4週間以降は実施していない
■ 無回答

医師調査

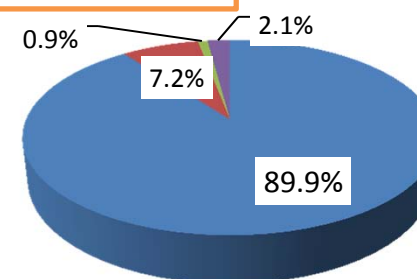
病棟に薬剤師が配置されている医師にとって、病棟薬剤業務は継続して必要な業務だと考えるか？

医師N=1,204人

一般病棟



療養病棟又は精神病棟



■ 日常的に必要な業務だと考える ■ 一時的で十分な業務だと考える
■ 不要な業務だと考える ■ 無回答

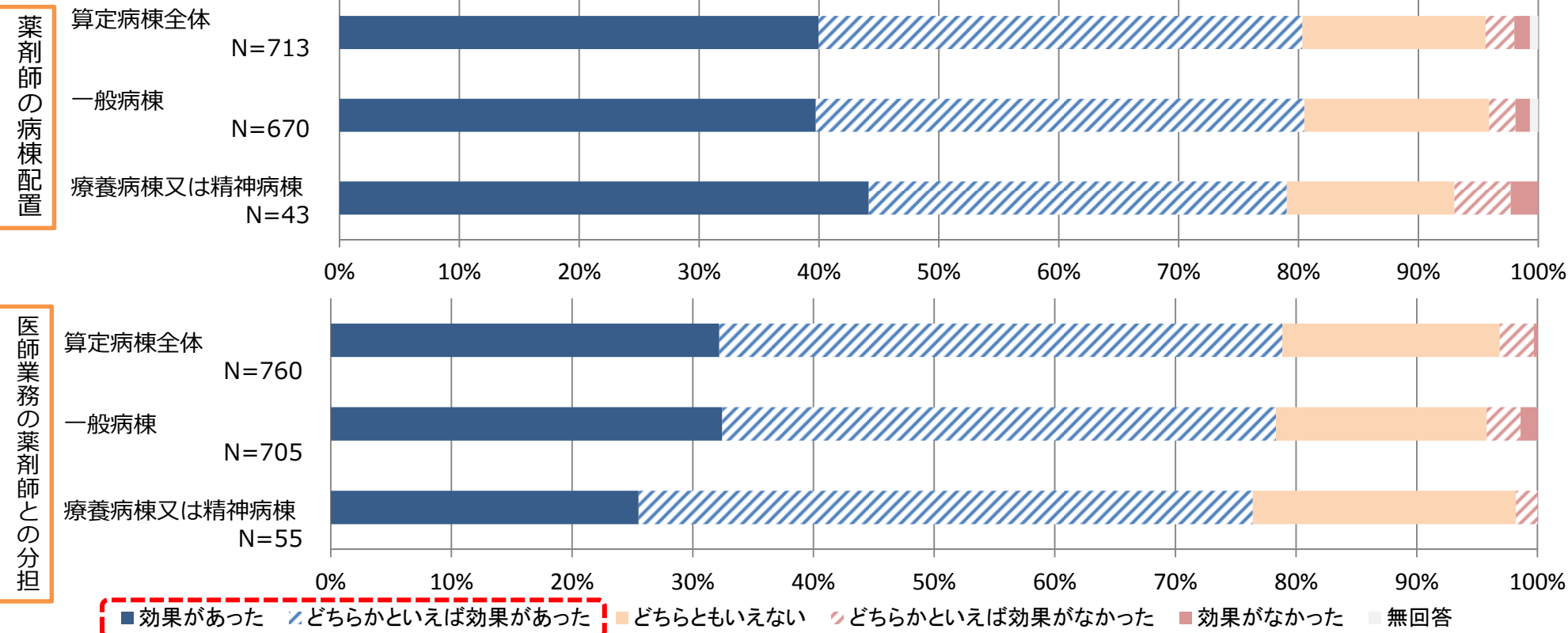
[出典]平成24年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H25年度調査)「薬剤師の病棟業務に関する実態調査」(速報)

- 療養病棟又は精神病棟に配置された薬剤師の約9割は、入院4週間以降も病棟薬剤業務を行っている。
- 約9割の医師は、病棟薬剤業務が継続して必要な業務だと考えている。

「一般病棟」と「療養病棟又は精神病棟」における薬剤師の病棟配置の比較

医師調査

医師業務の薬剤師との分担及び薬剤師の病棟配置について効果があったか？



〔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）
「病棟勤務医等の負担軽減及び処遇の改善についての状況調査」（速報）

- 「薬剤師の病棟配置」について、効果があると回答した医師の割合は、「一般病棟（約8割）」と「療養病棟又は精神病棟（約8割）」で同等である。
- 「医師業務の薬剤師との分担」について、効果があると回答した医師の割合は、「一般病棟（約8割）」と「療養病棟又は精神病棟（約8割）」で同等である。

病棟薬剤業務実施加算の効果

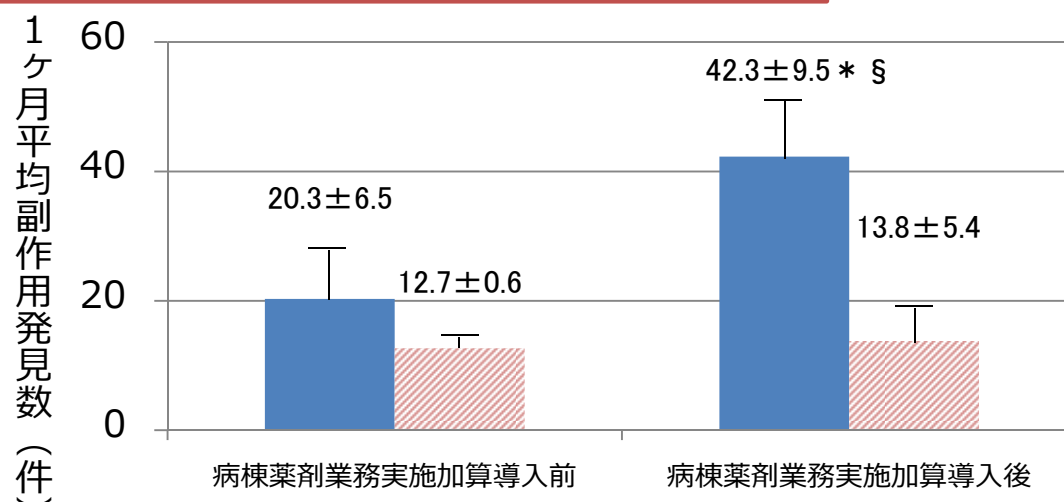
【病棟薬剤業務実施加算導入前後における処方提案件数の変化】

処方提案	病棟薬剤業務実施加算	
	導入前	導入後
処方継続提案 [件数/月]	27.7±1.5	84.2±38.9 *
処方変更提案 [件数/月]	16.0±6.9	60.2±21.5 *

平均値±標準偏差

* 病棟薬剤業務実施加算導入前(2012年1月～3月)に比べて導入後(2012年4月～2013年3月)の方が有意($p<0.01$ 、Mann-Whitney U検定)

【1ヶ月平均副作用発見数の職種別比較】



■ 病棟専任薬剤師

▨ 他スタッフ

平均値±標準偏差

* 病棟薬剤業務実施加算導入前(2012年1月～3月)に比べて導入後(2012年4月～2013年3月)の方が有意($p<0.01$ 、Mann-Whitney U検定)

§ 他スタッフに比べて有意($p<0.01$)

〔出典〕飯塚病院薬剤部より提供

- 処方提案は、病棟薬剤業務実施加算導入後の方が有意に増加している。
- 副作用発見数は病棟専任薬剤師の方が他のスタッフに比べ有意に増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

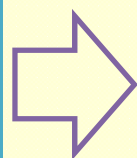
チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。

現行

【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 550点
- 2 同一建物居住者の場合 385点

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



改定後

【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(改)
- 2 同一建物居住者の場合 300点(改)

注：（前略）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5回に限り算定する。

緩和ケアを含むがん医療の推進について①

がん患者指導管理の充実

- がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は**薬剤師**が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

がん患者カウンセリング料	500点
--------------	------

【改定後】

がん患者指導管理料	
1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（1回に限り）	500点
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（6回に限り）	200点
3 医師又は 薬剤師 が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合（6回に限り）	200点

【施設基準】

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

- ① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修（6月以上600時間以上）を修了した者であること。等

3の場合：

- ① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる**薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること。等**

【対象患者】

1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。

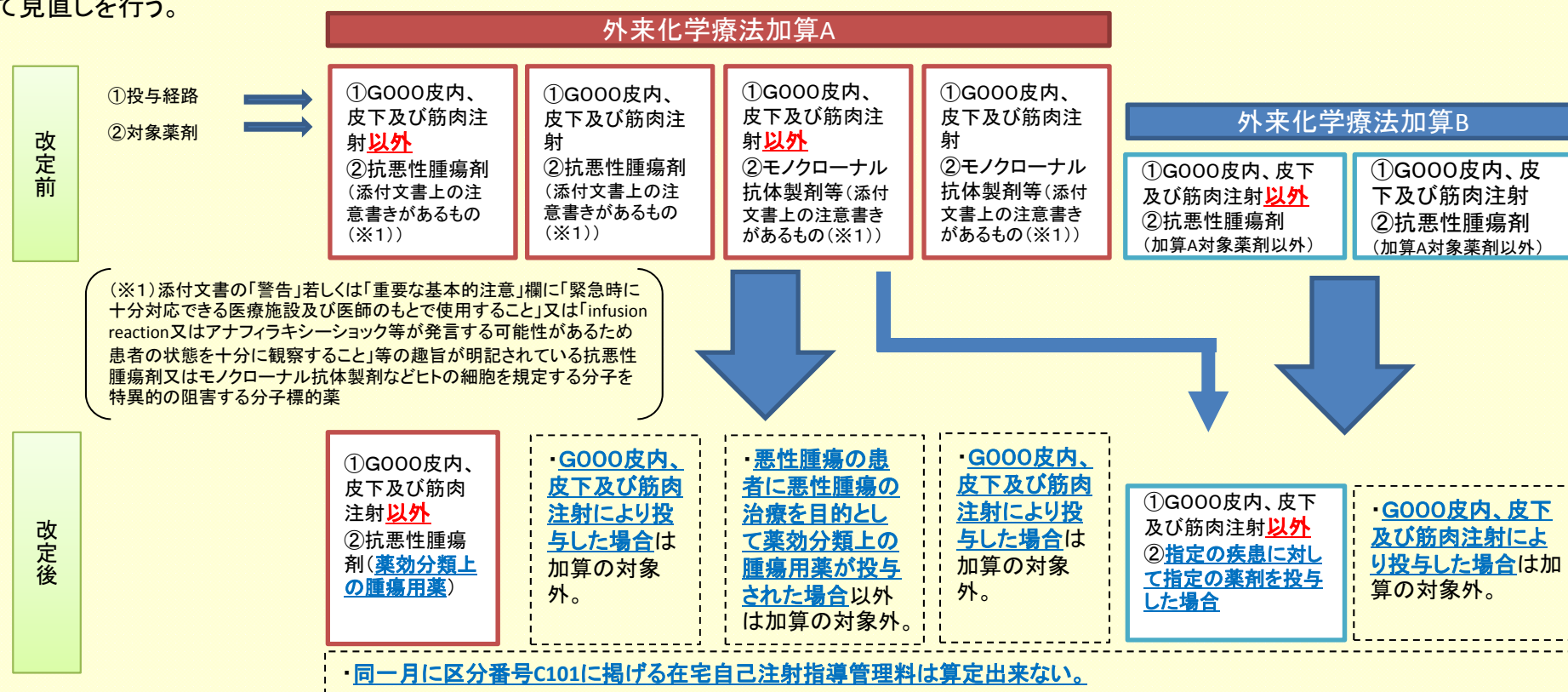
2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。

3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。（算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限る。）

緩和ケアを含むがん医療の推進について②

外来化学療法の評価の見直しについて

- 外来化学療法加算は、本来、入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設の評価を目的として設定されたが、投与方法の拡大等に伴い、加算の趣旨が不明瞭になりつつある。また、加算の対象となる薬剤に関する規定が不明確であるとの指摘がある。さらに、一部の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤になっており、二重評価になっていることから、外来化学療法の評価のあり方について見直しを行う。



〔外来化学療法管理加算Bの対象疾患と対象薬剤〕

ア 関節リウマチ、クローン病、パーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバセプト製剤を投与した場合

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等

機能評価係数Ⅱの見直し

改定前
① データ提出指数
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数



平成26年改定後
① 保険診療指数 (改)
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数
⑦ 後発医薬品指数 (新)

① 保険診療指数 (「データ提出指数」から改変)

・これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向(Ⅰ群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。

⑤ 救急医療指数

・当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする等の見直しを行う。

⑥ 地域医療指数

・「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。

⑦ 後発医薬品指数 (新設)

・「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

算定ルール等の見直し

① 同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し

・診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。

② 適切な傷病名コーディングの推進

・適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。

③ 入院時持参薬の取り扱い

・入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。

④ 「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式」の見直し

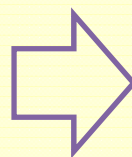
・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

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

【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)



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】

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く。）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料を算定しない。

<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。

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
 - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
 - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
 - (3) 歯科訪問診療の診療時間等
 - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
 - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72 時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。

施設基準提出時の留意事項等

- 平成26年4月14日(月) **必着**
- 届出書・届出書添付書類は必ず正副2通提出
- 届出書の四つの□(四角)の中にレ点
- 封筒には朱書きで「薬局 施設基準在中」と記載

届 出 書 様 式

【基本診療料】＝保険薬局は該当なし

別添 7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード	
連絡先 担当者氏名： 電話番号：	
(届出事項) [] の施設基準に係る届出	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において施設規則及び薬師規則並びに施設基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 備記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。	
平成 年 月 日 保険医療機関の所在地及び名称 開設者名 印 北海道厚生局長 殿	
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、正副2通提出のこと。	

【特掲診療料】

別添 2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
連絡先 担当者氏名： 電話番号：	
(届出事項) [] の施設基準に係る届出	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において施設規則及び薬師規則並びに施設基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 備記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。	
平成 年 月 日 保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称 開設者名 印 北海道厚生局長 殿	
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「√」を記入すること。 3 届出書は、正副2通提出のこと。	

届出書・届出書添付書類

○別添2 特掲診療料の施設基準に係る届出書

○様式84～様式87 届出書添付書類

- 様式84 調剤基本料の特例除外 (新設)
- 様式84の2 基準調剤加算1及び2 (届出し直し)
- 様式85 後発医薬品調剤体制加算1及び2 (届出し直し)
- 様式86 無菌製剤処理加算
- 様式87 在宅患者調剤加算

○各様式の[記載上の注意]で示している添付の必要な書類

* 通知 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続き
の取扱いについて」(平成26年3月5日 保医発0305第2号)

北海道厚生局HP <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/>

○北海道厚生局トップページの「申請等手続き」をクリックする



○医療課の「施設基準の届出等」をクリックする



○該当する項目をクリックして、施設基準の様式をダウンロードする



○届出書(別添2)と届出書添付書類(各様式及び必要書類)は、正副 2通一組で提出してください。

○複数の施設基準等の届出を同時に提出した場合であっても、審査等の関係から各施設基準の受理通知書の発送日が異なる場合もありますので、ご了承ください。

○平成26年4月1日から算定を行うための届出は、平成26年4月14日(月)まで北海道厚生局**必着**となります。

★チェックリスト★

□「届出書」及び「添付書類」に記載漏れはありませんか。

※届出書・・・特掲診療料:別添2

※届出書は、届出を行う施設基準ごとに提出が必要ですので、複数の施設基準を届出する場合は別葉としてください。

□「届出書」に開設者印を押印していますか。

□「届出書」の連絡先欄を記入していますか。

□「届出書」に記載されている備考2による確認をし、チェックを入れましたか。

□必要な「添付書類」が添付されていますか。

※通知及び各様式で示している添付書類を再度ご確認ください。

＜施設基準に係る届出に関するお願い＞

施設基準の届出にあたり、保険薬局名の記入漏れが多数見受けられます。

届出書提出の際は、保険薬局の住所及び名称を忘れずに記入願います。

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号
〇〇調剤薬局 〇〇店

北海道厚生局長 殿

保険薬局の住所及び名称
を必ず記入してください。

開設者名

印

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
連絡先 担当者氏名： 電話番号：	
(届出事項) [] の施設基準に係る届出	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に關し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療養報酬及び療養給付並びに療養基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ別に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に關し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 標記について、上記基準のすべてに適合しているのを、別添の様式を添えて届出します。 平成 年 月 日 保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇調剤薬局 〇〇店 北海道厚生局長 殿 開設者名 印	

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
 3 届出書は、正副2通提出のこと。

診療報酬改定に関する質問票について

※診療報酬改定に関する質問につきましては、所定様式の質問票「[\(ワード:39KB\)](#)」[\(PDF:22KB\)](#)」に内容を記入のうえ、北海道厚生局へ郵送又はファクシミリにて送付願います(ファクシミリの場合、送信票は不要です)。なお、選別・集計等の都合上、「質問票1枚につき1問」の記入としていただくようご協力願います。

- ファクシミリの場合:011-796-5133
- 郵送の場合:〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目15-1野村不動産札幌ビル2階 北海道厚生局医療課宛

※質問票の受付は、保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーションに限らせていただきますのでご了承ください。

※ご質問に対する回答は順次行ってまいります。診療報酬改定時期には、ご質問が短期間に集中し膨大な件数になります。また、ご質問内容によっては、関係機関との調整が必要なこともあります。大変恐縮ですが、回答までに相当の期間を要してしまう場合が、多々ありますことをご了承願います。

提出期限

平成26年4月14日(月) **必着**

○施設基準等届出書の提出については、封筒等の上部余白欄に朱書きで「薬局 施設基準在中」と記載していただき、「**郵送**」又は「**宅配便**」でお願いします。

北海道厚生局へ直接持参される場合は、**提出書類の確認及び受付印の押印のみ**となることもありますので予めご承知おきください。

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く、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。