

処方・調剤・ 保険請求の



日本薬剤師会

今回は、2016年4月から施行の調剤報酬の主な変更点について説明します。ただし、算定要件の詳細や具体的内容などにつきましては、点数表や留意事項通知を確認されるようお願いいたします。

Q 調剤基本料は、どのように変更されたのですか。

A 調剤基本料については、いわゆる門前薬局の評価の見直しとして、特例区分の対象範囲の拡大が行われました。また、調剤基本料の調剤報酬点数表における名称の整理と併せ、施設基準の1項目として組み込まれました(表1、図1)。

特例の対象範囲の拡大 I

従来の処方せん受付回数および特定の保険医療機関に係る処方せんの調剤割合(集中度)に基づく調剤基本料について、通常以外の区分(すなわち、特例としての25点)は、①「受付回数が月平均4,000回を超え、かつ、集中度が70%を超える保険薬局」, または、②「受付回数が月平均2,500回を超え、かつ、集中度が90%を超える保険薬局」が対象とされていました。

2016年4月1日からは、②の受付回数に係る要件の部分を「月平均2,000回」に引き下げよう見直しが行われました。

さらに、これらの基準に加え、「特定の保険医療機関に係る処方せん受付回数が月平均4,000回を超える保険薬局」(例えば、受付回数が月平均8,000回を超え、かつ、集中度が50%)に該当する場合についても、調剤基本料の特例(25点)を適用することになりました。

特例の対象範囲の拡大 II (大型門前薬局の評価の適正化)

また、今回の改定では、大型門前薬局の評価の適正化として、規模の大きい薬局グループであって、集中度が95%を超える保険薬局、または、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局についても、調剤基本料の特例に位置付けられることとなり、そのうえで、さらに低い点数(20点)が設けられました。

ただし、調剤基本料の特例に該当する保険薬局であっても、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている

表1 調剤基本料の主な変更点

改定前(2016年3月31日まで)		改定後(2016年4月1日から)	
通常 特例に該当しない保険薬局	41点(31点 ^注)	通常 <u>調剤基本料1</u> 特例1または特例2に該当しない保険薬局	41点(調剤基本料4 31点 ^注)
特例 次のいずれかに該当する保険薬局 ①月4,000回超&集中度70%超 ②月2,500回超&集中度90%超	25点(19点 ^注)	特例1 <u>調剤基本料2</u> 次のいずれかに該当する保険薬局 ①月4,000回超&集中度70%超 ②月2,000回超&集中度90%超 ③ <u>特定の保険医療機関に係る処方せんが月4,000回超</u> (例: 月8,000回超&集中度50%)	25点(調剤基本料5 19点 ^注)
		特例2 <u>調剤基本料3</u> 同一法人グループ内の処方せんの合計が月40,000回超& 次のいずれかに該当する保険薬局 ①集中度95%超 ② <u>特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり</u>	20点(特別調剤基本料 15点 ^注)

注: 妥結率50%以下の場合

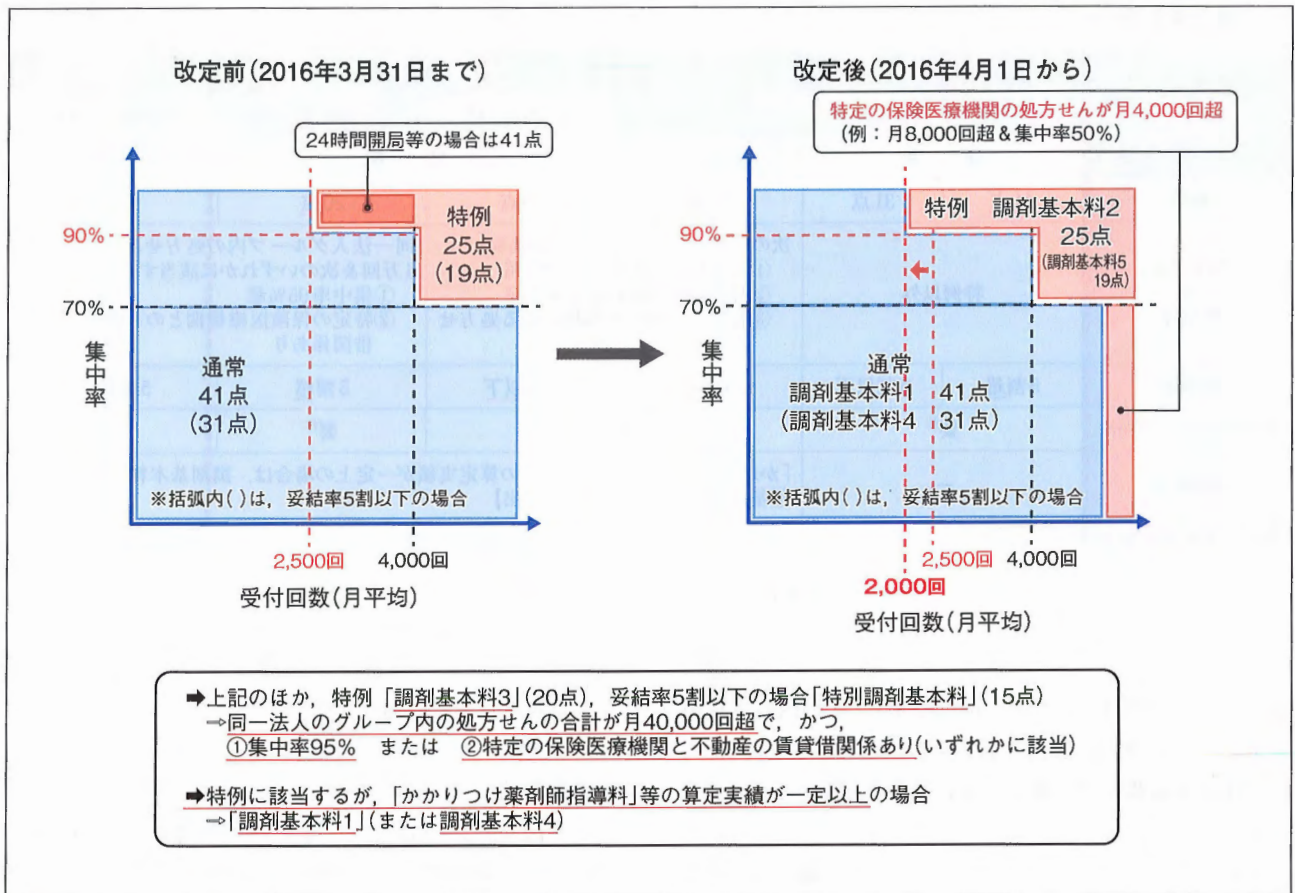


図1 調剤基本料の変更点(イメージ)

(すなわち、「かかりつけ薬剤師指導料」または「かかりつけ薬剤師包括管理料」の算定回数の合計が一定以上ある)場合には、特例の点数(25点、または、20点)ではなく、通常の調剤基本料を適用することが認められます(ただし、あらかじめ届出を行っておくことが必要)。

なお、この特例の除外規定を設けることに伴い、これまでの24時間開局による適用除外の規定は廃止されました。

名称の変更、地方厚生(支)局への届出

2016年4月1日より、調剤報酬点数表における調剤基本料の名称ならびに点数は、6つに区分されることになりました。ただし、基本的には「通常」と「特例」の2つに大別されているだけであり、これに加えて、医薬品の購入に係る妥結率が一定期間を経ても一定率を超えていない(すなわち、いわゆる未妥結)保険薬局の区分を設ける必要がある

ため、事務的な都合により細分化されているに過ぎません(表2)。

具体的には、①従来の調剤基本料(通常41点)が「調剤基本料1」(その未妥結の場合は「調剤基本料4」として31点)、②従来の特例(25点)が「調剤基本料2」(未妥結は「調剤基本料5」として19点)と、今回新たに追加された特例(20点)が「調剤基本料3」(未妥結は「特別調剤基本料」として15点)となります。

また、今回の改定において、調剤基本料は「厚生労働大臣の定める施設基準」の1項目として組み込まれることになりました(調剤基本料1～5が該当。特別調剤基本料は施設基準には該当しません)。

そのため、「すべての保険薬局」は、直近1年間の処方せん応需実績に基づいて受付回数と集中度を計算し、自らの施設が該当する調剤基本料の区分を判断したうえで、

表2 調剤基本料の区分

施設基準

	調剤基本料1		調剤基本料2		調剤基本料3		特別調剤基本料
	調剤基本料4		調剤基本料5				
	通 常		特 例				
点数	41点	31点	25点	19点	20点		15点
処方せん & 集中度	特例以外		次のいずれかに該当する保険薬局 ①月4千回超&集中度70%超 ②月2千回超&集中度90%超 ③特定の保険医療機関に係る処方せんが月4,000回超		同一法人グループ内の処方せんの合計が月4万回&次のいずれかに該当する保険薬局 ①集中度95%超 ②特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係あり		
受給率	5割超	5割以下	5割超	5割以下	5割超		5割以下
地方厚生局への届出	要注		要注		要注		不要
除外規定	—		「かかりつけ薬剤師指導料」等の算定実績が一定上の場合、調剤基本料1(または調剤基本料4)を算定可【※要届出】				
基準調剤加算の算定	○	×	×				×

注) 地方厚生(支)局へ届出を行っていない保険薬局は、「特別調剤基本料」を適用

2016年4月14日までに(その後は毎年)、その内容を地方厚生(支)局長あてに届出を行わなければなりません(ただし、特別調剤基本料は施設基準には該当しないため、届出は不要です)。

万が一、届出を行わなかった場合には、最も低い点数である「特別調剤基本料」が適用されてしまうこととなりますので、必ず忘れずに届出を行ってください。

Q 基準調剤加算は、どのように変更されたのですか。

A かかりつけ薬剤師が役割を發揮できる保険薬局の体制、そして、その機能を評価するため、従来の基準調剤加算1・2が「基準調剤加算」に統合されました。そして、2015年10月に厚生労働省より公表された「患者のための薬局ビジョン」(～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～)の内容を踏まえ、基準要件の見直し・充実化が図られました(表3、図2)。

基準要件の内容が変更されましたので、従来の基準調剤加算1または2に係る届出を行っていた保険薬局であっても、2016年4月1日以降に改めて地方厚生(支)局への届出を行う必要があります(4月1日から同加算を算定するためには、4月14日までに届出を完了する必要あり)。

主な変更点は次の通りです。

備蓄医薬品

備蓄医薬品については、基準調剤加算1で「700品目」以上、基準調剤加算2で「1,000品目」以上とされていましたが、2016年4月からは「1,200品目」以上に引き上げられました。

受付回数と集中度

これまで、基準調剤加算1の場合は、処方せん受付回数が月平均4,000回を超える保険薬局は集中度が70%以下であること、基準調剤加算2の場合は、処方せん受付回数が月平均600回を超える保険薬局は集中度が70%以下であることとされ、受付回数と集中度について一定の制限が設けられていましたが、2016年4月からこれらの規定は廃止されました。

ただし、今回統合された新たな基準調剤加算は、調剤基本料1に該当する保険薬局である場合に限り算定することが可能です。

開局時間

開局時間については、これまで基準調剤加算1・2のいずれも「特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対

表3 基準調剤加算の主な変更点

改定前 (2016年3月31日まで)	改定後 (2016年4月1日から)
<p>(1) 基準調剤加算1 12点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 備蓄医薬品 700品目以上 ・ 24時間調剤 & 在宅業務の体制 (他薬局との連携可: 10施設未満) ・ 月4,000回超の薬局は集中率70%以下 ・ 麻薬小売業者免許 ・ 特定の保険医療機関からの処方せんのみに応じた開局時間でない ・ 資質向上のための研修実施 ・ 患者のプライバシー配慮, OTC薬, 健康情報拠点の役割 (努力規定) <p>※届出状況 26,285薬局 (H26.7.1)</p>	<p>基準調剤加算 (※統合) 32点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 備蓄医薬品 1,200品目以上 ・ 24時間調剤 & 在宅業務の体制 (他薬局との連携可: 最大3施設) ・ 受付回数と集中率による制限なし (ただし, 調剤基本料1の保険薬局の場合に限り算定可) ・ 麻薬小売業者免許 ・ 平日は1日8時間以上, 土日はいずれかに一定時間以上, 週45時間以上の開局 ・ 管理薬剤師 → 5年以上の薬局勤務経験, 週32時間以上勤務, 1年以上在籍 (実態として勤務) ・ 資質向上のための研修実施 ・ 患者のプライバシー配慮, OTC薬, 健康情報拠点の役割 (必須) ・ 健康相談 / 健康教室 ・ 在宅業務の算定実績あり ・ 「かかりつけ薬剤師指導料」等の届出 ・ 後発医薬品の数量割合30%以上 (30%未満の薬局は集中率90%以下) <p>※届出状況 3,406薬局 (H26.7.1)</p>
<p>(2) 基準調剤加算2 36点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 備蓄医薬品 1,000品目以上 ・ 24時間調剤 & 在宅業務の体制 (自局) ・ 月600回超の薬局は集中率70%以下 ・ 在宅業務の実施 (年間10回以上) ・ その他 基準調剤加算1と共通項目など <p>※届出状況 3,406薬局 (H26.7.1)</p>	<p>ほか</p>

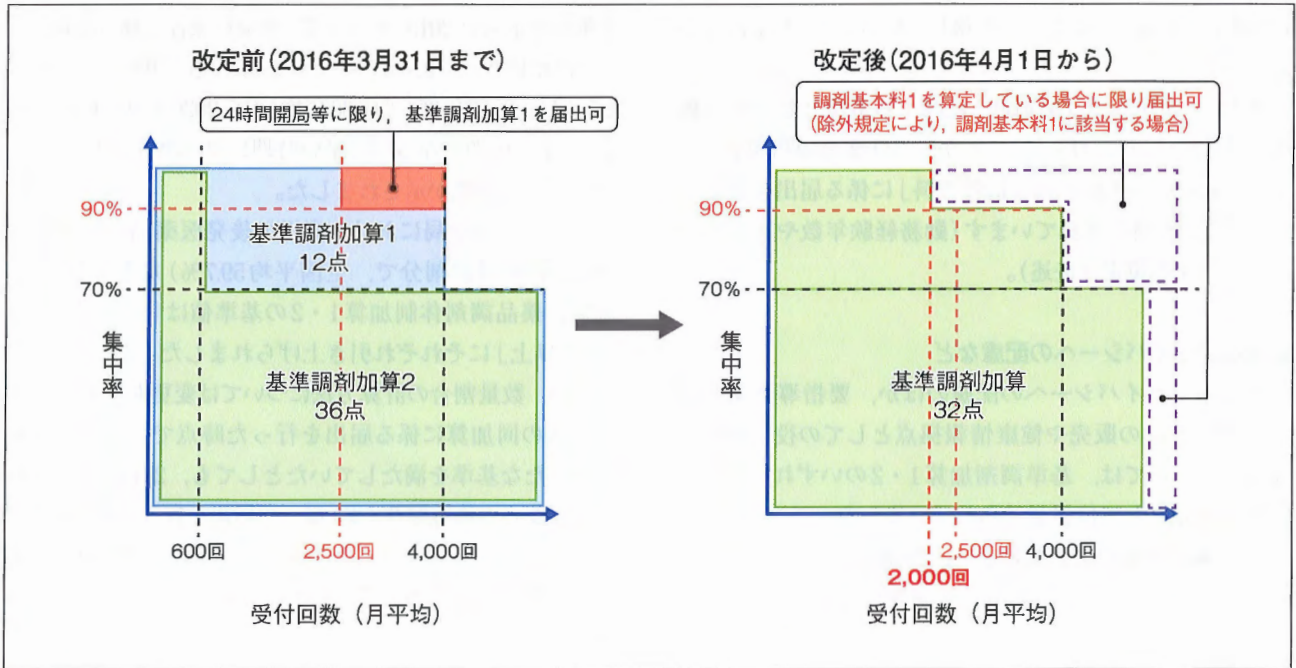


図2 基準調剤加算の対象範囲 (イメージ)

応じたものでないこと」とされていました。

今回の基準調剤加算の統合化に伴い、開局時間に係る要件の部分については、より具体的な内容となるよう見直しが図られることとなり、平日は「1日8時間以上」、週末に

ついては「土曜日または日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上」とし、かつ、週45時間以上の開局を条件することが明示されました。

在宅薬剤管理指導業務

在宅薬剤管理指導業務については、これまで基準調剤加算2の場合に限り、在宅薬剤管理指導業務の直近1年間の実施回数が「合計して計10回以上」とされていました。

基準調剤加算の統合化に伴い、2016年4月からは、在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費のいずれかの項目について、直近1年間の「算定実績を有していること」が条件として設けられました。

薬剤師に係る人的要件

これまで基準調剤加算1・2では、保険薬剤師に係る人的要件はありませんでしたが、2016年4月からは管理薬剤師や「かかりつけ薬剤師」の勤務経験などに関する規定が設けられることになりました。

管理薬剤師については、5年以上の保険薬剤師としての薬局勤務経験、当該薬局における週32時間以上の勤務と1年以上の在籍(実態として勤務していること)が条件とされています。

また、「かかりつけ薬剤師」に関する事項としては、地方厚生(支)局長に対して、「かかりつけ薬剤師指導料」および「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が条件とされています(勤務経験年数や就労状況などに関する規定は後述)。

患者のプライバシーへの配慮など

患者のプライバシーへの配慮のほか、要指導医薬品・一般用医薬品の販売や健康情報拠点としての役割を果たすことについては、基準調剤加算1・2のいずれにおいても努力規定として位置付けられていました。

基準調剤加算の統合化に伴い、2016年4月から、これらの基準要件は努力規定ではなく必須要件として設けられました。

後発医薬品の使用促進

保険薬局における後発医薬品の使用促進に関しては、直接的には「後発医薬品調剤体制加算」で評価されています。しかし、2016年4月より、後発医薬品の調剤割合が低い保険薬局に対する評価の適正化という観点から、特定の保険医療機関に係る処方せんの調剤割合が90%を超えて

おり、かつ、後発医薬品の調剤割合が30%未満である保険薬局の場合には、基準調剤加算の基準要件を満たしていない(すなわち、届出を行うことができない)ものとして取り扱うことになりました。

Q 後発医薬品調剤体制加算は、どのように変更されたのですか。

A 保険薬局における後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進については、2013年4月に公表された「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」(厚生労働省)で示された「後発医薬品の数量シェアを2018年3月末までに60%以上にする」という目標に向けて、後発医薬品調剤体制加算1の調剤数量は「55%以上」、後発医薬品調剤体制加算2の調剤数量は「65%以上」とされていました。

その後、2015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2015」において、後発医薬品に係る数量シェアの目標値として「2017年(平成29年)中に70%以上とする」とともに、2018年度(平成30年度)から2020年度(平成32年度)末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする」と、新たな政府目標が示されました。

また、保険薬局における直近の後発医薬品の使用状況(2015年10月調剤分で、全国平均59.7%)なども踏まえ、後発医薬品調剤体制加算1・2の基準値は「65%以上」と「75%以上」にそれぞれ引き上げられました(表4)。

なお、数量割合の計算方法については変更ありませんが、改定前の同加算に係る届出を行った時点で、すでに改定後の新たな基準を満たしていたとしても、2016年4月1日以降に改めて地方厚生(支)局への届出を行う必要がありますので、忘れないよう気をつけてください(4月1日から同加算を算定するためには、4月14日までに届出を完了する必要があります)。

Q 調剤料の加算については、どのように変更されたのですか。

A 調剤報酬における対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、調剤料の適正化として、内服薬の調剤料と一包装加算について見直しが行われ

表4 後発医薬品調剤体制加算の主な変更点

改定前(2016年3月31日まで)		改定後(2016年4月1日から)	
(1) 後発医薬品調剤体制加算1 ・数量割合 55%以上	18点	(1) 後発医薬品調剤体制加算1 ・数量割合 65%以上	18点
(2) 後発医薬品調剤体制加算2 ・数量割合 65%以上	22点	(2) 後発医薬品調剤体制加算2 ・数量割合 75%以上	22点
		(参考) 後発医薬品の使用割合30%未満で、かつ、集中度率90%超の保険薬局は、基準調剤加算の届出(算定)不可	

表5 内服薬調剤料、一包化加算の主な変更点

改定前(2016年3月31日まで)		改定後(2016年4月1日から)	
(1) 調剤料(内服薬) ※1剤につき		(1) 調剤料(内服薬) ※1剤につき	
① 14日分以下	(略)	① 14日分以下	(略)
② 15～21日分	71点	② 15～21日分	70点
③ 22～30日分	81点	③ 22～30日分	80点
④ 31日分以上	89点	④ 31日分以上	87点
(2) 一包化加算		(2) 一包化加算	
① 56日分以下 7日分につき	32点	① 42日分以下 7日分につき	32点
② 57日分以上	290点	② 43日分以上	220点

表6 薬剤服用歴管理指導料の主な変更点

改定前(2016年3月31日まで)		改定後(2016年4月1日から)	
(1) 薬剤服用歴管理指導料		(1) 薬剤服用歴管理指導料	
① 手帳による情報提供あり	41点	① 6カ月以内の再来局 & 手帳による情報提供あり	38点
② 手帳による情報提供あり	34点	② ①以外	50点
		③ 特養入所者	38点
(2) 加算(変更部分)		(2) 加算(変更部分)	
① 重複投薬・相互作用防止加算		① 重複投薬・相互作用等防止加算	
イ) 処方変更あり	20点	※処方変更ありの場合のみ	30点
ロ) 処方変更なし	10点	(「処方変更なし」は削除)	
② 特定薬剤管理指導加算	4点	② 特定薬剤管理指導加算	10点
③ 乳幼児服薬指導加算	5点	③ 乳幼児服薬指導加算	10点

ました。

具体的には、内服薬調剤料における14日分を超える部分の所定点数をそれぞれ若干引き下げたほか、一包化加算における算定日数分の上限を8週間分から6週間分に引き下げました(表5)。

Q 薬剤服用歴管理指導料については、どのように変更されたのですか。

A 保険薬局における対人業務の評価の充実という観点から、服薬状況の一元的な把握のために患

者が同一の保険薬局を繰り返し利用しやすくなる措置を講じるよう、薬剤服用歴管理指導料の所定点数の見直しが行われたほか、各種加算についても評価の充実が図られました(表6)。

薬剤服用歴管理指導料

薬剤服用歴管理指導料については、初回来局時の所定点数よりも、2回目以降の来局時の所定点数が低く設定されました。「2回目以降の来局」とは、前回の処方せん受付から過去6カ月以内とされ、同一の保険医療機関による処方せんだけでなく、異なる保険医療機関からの処方せん

表7 かかりつけ薬剤師指導料, かかりつけ薬剤師包括管理料

新設(2016年4月1日から)	
(1) <u>かかりつけ薬剤師指導料</u>	70点
① <u>麻薬管理指導加算</u>	22点
② <u>重複投薬・相互作用等防止加算</u>	30点
③ <u>特定薬剤管理指導料</u>	10点
④ <u>乳幼児服薬指導加算</u>	10点
(2) <u>かかりつけ薬剤師包括管理料</u>	270点
※1. 薬剤料, 特定保険医療材料料, 時間外等加算などは算定可(それ以外は包括評価のため算定不可)	
※2. (認知症)地域包括診療料/加算(医科点数)の算定患者が対象	

注)上記(1)または(2)を算定した場合は, 薬剤服用歴管理指導料は算定不可

についても対象となります。

ただし, 初回来局時よりも低い所定点数を算定できるのは, お薬手帳による情報提供を行うことが条件とされているほか, 調剤基本料1(または調剤基本料)の特例に該当する保険薬局においては算定できません。

また, 特別養護老人ホームに入所している患者に係る適切な服薬管理支援の評価として, 薬剤服用歴管理指導料のなかに新たな区分が設けられました。

重複投薬・相互作用等防止加算

重複投薬・相互作用防止加算については, 患者の薬剤服用歴に基づいて, 重複投薬や相互作用の防止のために処方せんの内容について変更が行われた場合には20点, 変更が行われなかった場合には10点を算定することとされました。

2016年4月からは, 対人業務の評価の充実という観点から, 重複投薬や相互作用の防止だけでなく, 過去の副作用やアレルギー歴を有することから処方医へ疑義照会を行い, 処方変更が生じた場合についても算定対象となります。これに伴い, 名称についても「重複投薬・相互作用等防止加算」に変更されました。

また, これまでは, 異なる保険医療機関または診療科で交付された複数の処方せんによることなど一定の制限がありました, 2016年4月からは当該要件は設けないことになりました。

ただし, 所定点数は, 処方変更が行われた場合に限り30点を算定できるものとして見直され, 処方変更が行われなかった場合については廃止されました。

特定薬剤管理指導加算, 乳幼児服薬指導加算

対人業務に関する業務の評価を充実するため, 特定薬剤管理指導加算および乳幼児服薬指導加算の所定点数の引き上げが行われました(各10点)。

算定要件については, いずれも変更ありません。



かかりつけ機能については, どのような点数が設けられたのですか。



患者本位の医薬分業の実現に向け, 患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師・薬局を評価するものとして, 「かかりつけ薬剤師指導料」および「かかりつけ薬剤師包括管理料」が新設されました(表7)。

「かかりつけ薬剤師指導料」および「かかりつけ薬剤師包括管理料」は, 患者が選択した保険薬剤師(かかりつけ薬剤師)が, 保険医と連携して患者の服薬状況一元的・継続的に把握したうえで, 患者に対して服薬指導などを実施した場合に算定できます。

同点数は, 施設基準として位置付けられており, 算定にあたっては, あらかじめ地方厚生(支)局長あてに届出を行っておくことが必要です。

かかりつけ薬剤師の人的要件としては, 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があり, 当該薬局に週32時間以上勤務・1年以上在籍(勤務)しているほか, 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることなどが条件とされています(表8)。

また, 「かかりつけ薬剤師包括管理料」は, 医科点数に

表8 かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料の主な要件

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)
(1) 患者の同意 (署名) (2) 患者の同意後、次回来局時より算定可 (3) <u>当該患者に1人の保険薬剤師のみ算定可</u> (4) 十分な経験等を有する薬剤師 ①薬剤師として3年以上の薬局勤務経験 ②当該薬局に週32時間以上勤務 ③当該薬局に0.5年以上在籍(勤務) ④研修認定を取得(※) ⑤医療に係る地域活動の取り組み (4) お薬手帳等に、担当薬剤師(かかりつけ薬剤師)の氏名・薬局名称などを記載 (5) 担当薬剤師以外が服薬指導等を実施した場合は算定不可 (6) 患者が受診している医療機関の情報把握 (7) 調剤後の服薬状況の把握・指導、保険医への情報提供と必要に応じて処方提案 (8) 24時間相談応需体制の確保 (9) ブラウンバック運動の取り組み ※2017年3月31日まで1年間の経過措置あり	(1) 患者の同意 (署名) (2) 患者の同意後、次回来局時より算定可 (3) <u>当該患者に1人の保険薬剤師のみ算定可</u> (4) 十分な経験等を有する薬剤師 ①薬剤師として3年以上の薬局勤務経験 ②当該薬局に週32時間以上勤務 ③当該薬局に0.5年以上在籍(勤務) ④研修認定を取得(※) ⑤医療に係る地域活動の取り組み (4) お薬手帳等に、担当薬剤師(かかりつけ薬剤師)の氏名・薬局名称などを記載 (5) 担当薬剤師以外が服薬指導等を実施した場合は算定不可 (6) 患者が受診している医療機関の情報把握 (7) 調剤後の服薬状況の把握・指導、保険医への情報提供と必要に応じて処方提案 (8) 24時間相談応需体制の確保 (9) ブラウンバック運動の取り組み 同左 (10) <u>地域包括診療料/加算(医科点数)の算定患者</u>

表9 薬剤服用歴管理指導料とかかりつけ薬剤師指導料等の相違点

	ケース1	ケース2	ケース3
	「薬剤服用歴管理指導料」を算定	「かかりつけ薬剤師指導料」を算定	「かかりつけ薬剤師包括管理料」を算定
調剤基本料	○	○	<u>かかりつけ薬剤師包括管理料</u> (270点)
調剤料	○	○	
薬学管理料	薬剤服用歴管理指導料 (38点/50点)	<u>かかりつけ薬剤師指導料</u> (70点)	
時間外等加算 (時間外/休日/深夜)	○	○	○
夜間・休日等加算	○	○	○
在宅患者調剤加算	○	○	○
薬剤料	○	○	○
特定保険医療材料料	○	○	○
対象患者の条件	特になし [※認知症：地域包括診療料/加算(医科)の算定患者であるか否かに関係なく算定可]		地域包括診療料等の算定患者に限る
服薬指導を担当する薬剤師	保険薬剤師	十分な経験等(一定条件あり)を有する保険薬剤師	

おける地域包括診療料もしくは同加算の算定患者を対象としています。そして、同点数は調剤基本料や調剤料などを包括した制度設計となっており、すなわち、薬剤料、

特定保険医療材料料、時間外加算など以外の点数については併算定することができません(表9)。