

本資料は、下記日付時点の最新の情報を記載するように注意して作成しておりますが、正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解の上ご使用願います。

平成30年度診療報酬改定 【説明会資料】②調剤

2018.3.6
東和薬品

出典：厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>)

個別改定項目について

黒字：医科 赤字：調剤 青字：共通（医科・調剤）

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I－1 かかりつけ薬剤師の推進

I－1 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II－1 薬局における対人業務の評価の充実

II－2 訪問指導料における居住場所に応じた評価

II－2 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

個別改定項目について

黒字: 医科 赤字: 調剤 青字: 共通(医科・調剤)

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

Ⅳ－２ 薬局における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 処方料等及び処方箋様式の見直し

Ⅳ－４ いわゆる門前薬局の評価の見直し

個別改定項目について

黒字: 医科 赤字: 調剤 青字: 共通(医科・調剤)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I－1 かかりつけ薬剤師の推進

I－1 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II－1 薬局における対人業務の評価の充実

II－2 訪問指導料における居住場所に応じた評価

II－2 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

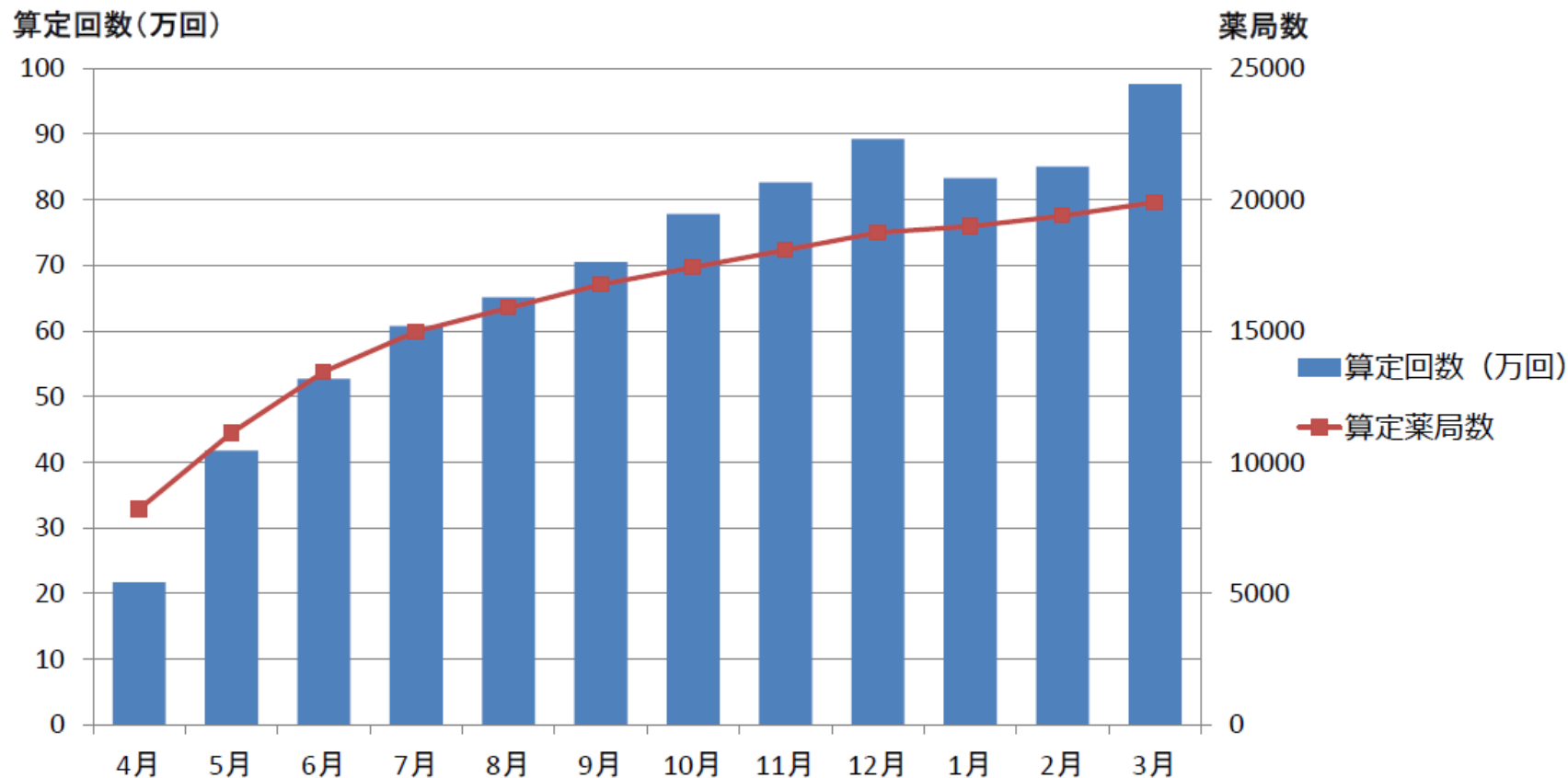
かかりつけ薬剤師の評価

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。

かかりつけ薬剤師指導料の算定状況(2016年度)

- かかりつけ薬剤師指導料の算定回数、算定薬局数は徐々に増えてきている。平成29年3月の算定件数は、全処方箋枚数7,629万枚の1.28%に相当する。

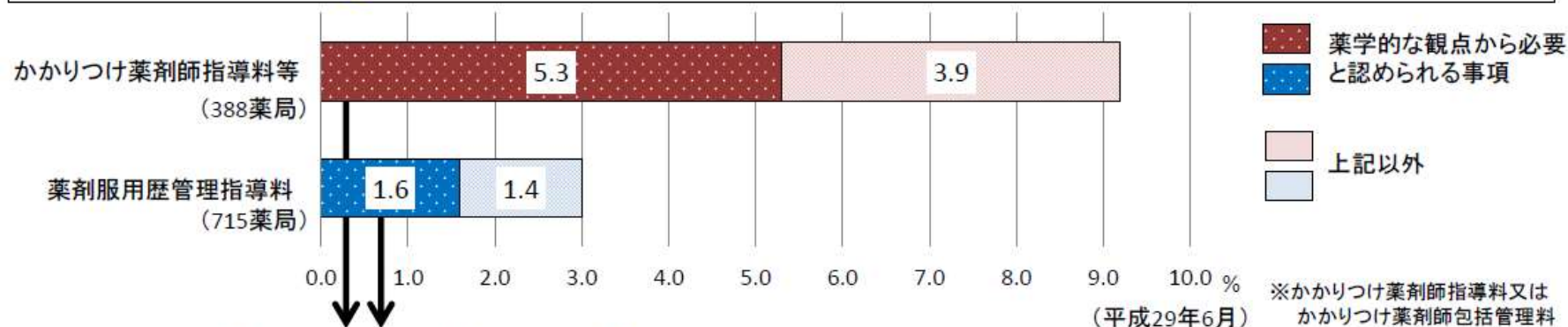


〔出典〕「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課） 特別集計 32

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

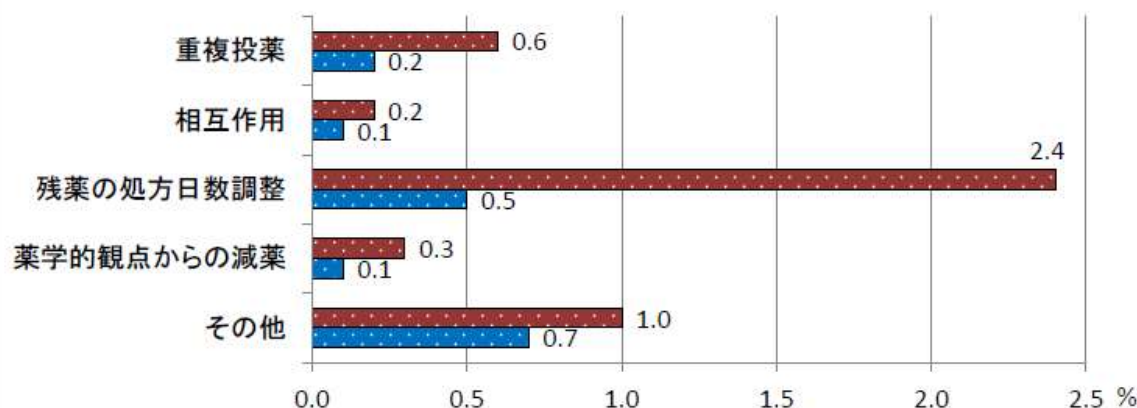
かかりつけ薬剤師とそれ以外の場合の疑義照会の取組

- 疑義照会の割合は、かかりつけ薬剤師指導料等を算定した場合で9.2%、薬剤服用歴管理指導料を算定した場合で3.0%であった。
- 疑義照会の内容別に分けても前者の方がそれぞれ高い傾向にあり、かかりつけ薬剤師の方が医師との連携が図れていることがうかがえる。

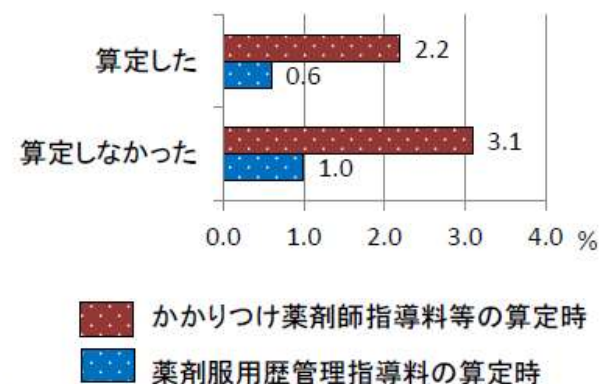


「薬学的な観点から必要と認められる事項」の内訳

● 疑義照会の内容



● 重複投薬・相互作用等防止加算の算定



出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29かかりつけ薬剤師調査)

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

○ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

改訂前

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 50点/38点



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 73点

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 280点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 53点/41点

かかりつけ薬剤師の推進①

かかりつけ薬剤師の適切な推進

- 当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者の同意を得る。
 - ア かかりつけ薬剤師の業務内容
 - イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等
 - ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用
 - エ 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由
- 患者に同意書へのかかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求める。
- かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。
- 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。

同意書の様式(例)

かかりつけ薬剤師指導料について

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

- 1 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
- 2 お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
- 3 お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
- 4 処方医や地域の医療に関わる他の医療者(看護師等)との連携を図ります。
- 5 開局時間内／時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
- 6 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
- 7 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
- 8 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
- 9 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。
- 10 次回から、かかりつけ薬剤師指導料を算定します。

《薬学的観点から必要と判断した理由》(薬剤師記入欄)

《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)

- | | |
|---|---|
| ☐ 薬の一元的・継続的な把握 | ☐ 他の医療関係者との連携 |
| ☐ 薬の飲み合わせなどのチェック | ☐ 飲み残した場合の薬の整理 |
| ☐ 薬に関する丁寧な説明 | ☐ 調剤後のフォロー |
| ☐ 時間外の電話相談 | ☐ 在宅療養が必要になった場合の対応 |
| ☐ その他() | |

かかりつけ薬剤師()に関する情報

【経歴】

【認定薬剤師、専門薬剤師資格】

【修了した研修】

【論文、学会発表の実績】

【所属学会・団体、その他】

【連絡先】

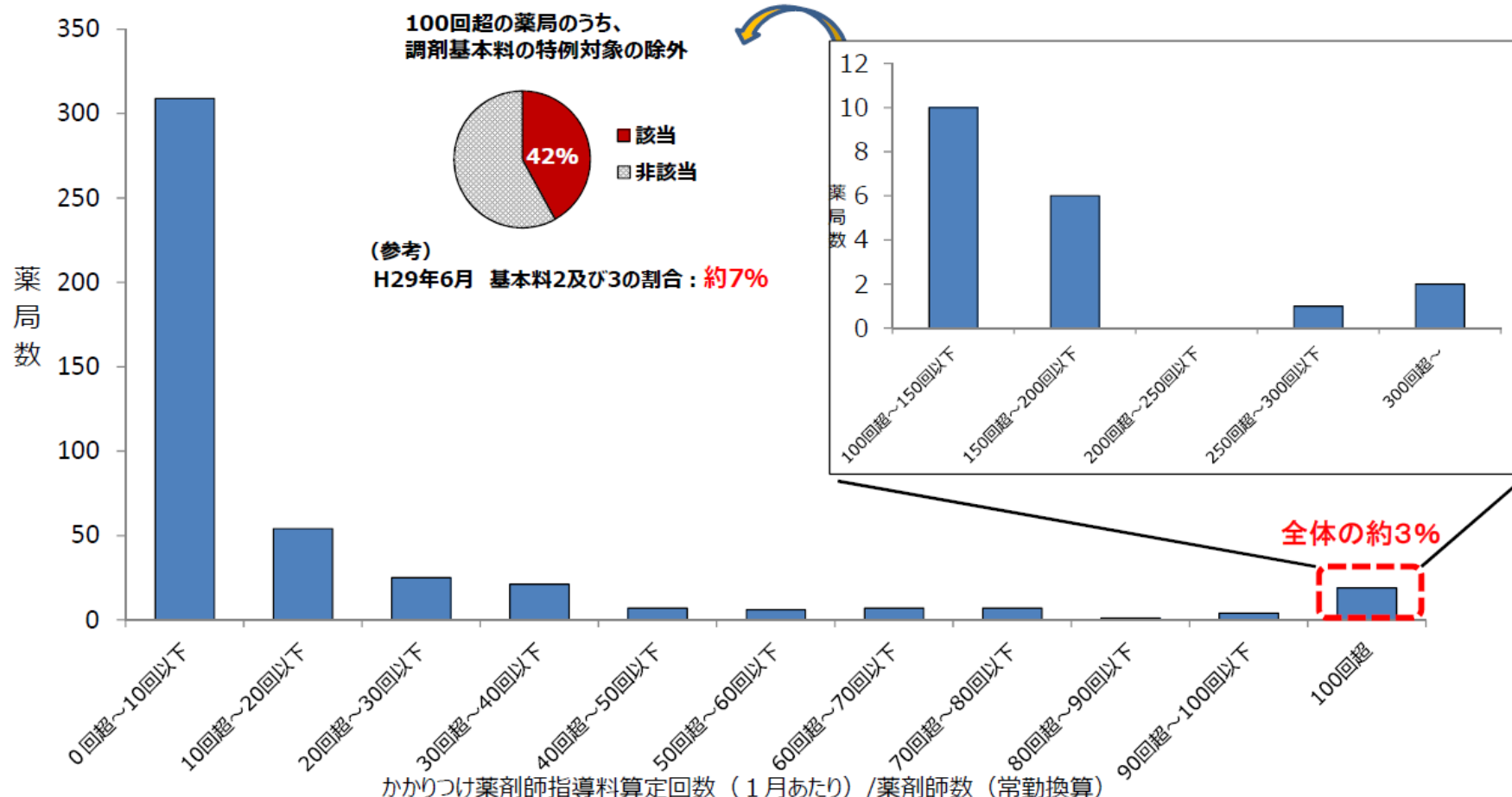


- かかりつけ薬剤師は、患者から血液検査などの結果の提供がある場合に、それを参考に薬学的管理・指導を行うことを明確化。
- かかりつけ薬剤師指導料等の算定実績がある場合に調剤基本料の特例対象から除く取扱いを廃止する。

かかりつけ薬剤師指導料の算定回数と基本料の特例除外

- 常勤換算※した薬剤師 1 人あたりのかかりつけ薬剤師指導料の算定回数は、「0回超～10回以下」が多いが、100回超という薬局も存在し、その 4 割が調剤基本料の特例対象の除外に該当している。

※常勤換算を行うにあたり、常勤薬剤師の勤務時間を37.5時間として計算



出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29かかりつけ薬剤師調査) 19
中央社会保険医療協議会総会(2017年12月8日)資料

かかりつけ薬剤師の推進②

かかりつけ薬剤師の要件の見直し

- 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。
- 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

【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】

以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
(1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
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こと。

改定後

【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】

以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
(1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
ア、イ (略)
ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に
1年以上在籍していること。

平成30年9月30日までは6ヶ月以上で可

現行

【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】

当該保険薬局に週32時間以上勤務している。

改定後

【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】

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・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあっては、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。

短時間勤務の保険薬剤師のみでの届出不可

個別改定項目について

黒字: 医科 赤字: 調剤 青字: 共通(医科・調剤)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I－1 かかりつけ薬剤師の推進

I－1 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II－1 薬局における対人業務の評価の充実

II－2 訪問指導料における居住場所に応じた評価

II－2 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

地域医療に貢献する薬局の評価

第1 基本的な考え方

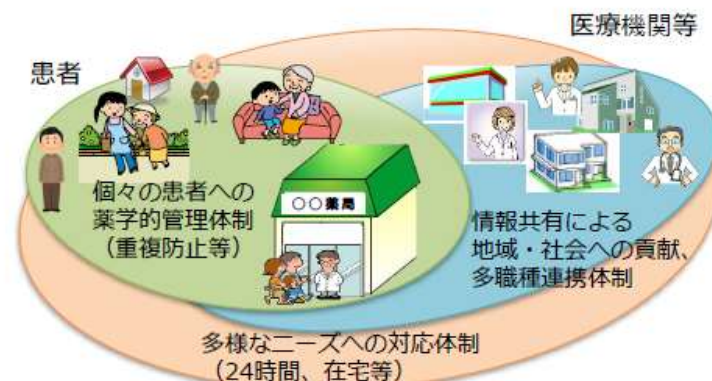
かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。また、医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

地域支援体制加算の概念

地域支援体制加算について

これからの薬局には①かかりつけ薬剤師による適切な薬学的管理の提供、②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の整備に加え、③安全性向上に資する事例の共有（プレアボイドへの取組）なども含め、地域支援等に積極的に貢献することが求められている。これを踏まえ、地域包括ケアの中で、地域医療に貢献する薬局を評価する「地域支援体制加算」を新設。

要件設定のイメージ



個別要件の分類

	実績要件 8 項目※	施設基準
個々の患者に対する適切な薬学的管理・指導体制	■ 重複投薬・相互作用等防止加算 ■ 服用薬剤調整支援料 ■ かかりつけ薬剤師指導料等 ■ 外来服薬支援料	■ 患者ごとの適切な薬学的管理・指導 ■ 患者の求めに応じた情報提供 ■ 適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能 ■ かかりつけ薬剤師届出
情報共有による地域・社会への貢献、多職種連携体制	■ 服薬情報等提供料	■ プレアボイド報告実績 ■ 副作用報告体制 ■ 当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制 ■ 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者と連携体制
24時間、在宅対応など、多様な患者ニーズに対応できる体制（地域医療を支える業務への積極的な対応）	■ 夜間・休日等の対応 ■ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理 ■ 麻薬管理指導加算	■ 24時間、在宅対応体制・周知 ■ 一定時間以上の開局 ■ 十分な数の医薬品の備蓄 ■ 後発品数量シェア50%以上（集中率85%超の場合） ■ 麻薬届出 ■ 在宅実績

※ 基準値は地域医療に貢献する体制を有する薬局を評価できるよう、薬局の取組状況を参考に設定。

調剤基本料Ⅰの薬局に求める要件

38

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会（2018年3月5日開催）資料

地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算の新設

○ 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。

(新) 地域支援体制加算 35点

○地域支援体制加算の施設基準

(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

(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

(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

(4) 一定時間以上の開局

(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知

(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供

(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備

(8) 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

(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制

(10) 医療安全に資する取組実績の報告

(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

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 麻薬指導管理加算の実績	10回
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	40回
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績	40回
⑤ 外来服薬支援料の実績	12回
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績	1回
⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	12回
⑧ 服薬情報等提供料の実績	60回

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 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

○基準調剤加算は廃止する

平成28年度診療報酬改定(基準調剤加算の要件見直し)

《～平成28年3月(改定前)》

	基準調剤加算1 (12点)	基準調剤加算2 (36点)
開局時間	○地域の保険医療機関や患者の需要に対応した開局時間	
備蓄品目	○700品目以上	○1,000品目以上
24時間体制	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は10未満)	○当該薬局のみで対応
在宅業務	-	○在宅業務の体制整備※ ○在宅の業務実績(10回/年以上)
処方せん受付回数/集中度	○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと	○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと ○処方せん600回/月を超える薬局は集中度が70%以下
その他	○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知	

※在宅の体制整備として必要な事項

地方公共団体や関係機関等へ在宅業務実施体制の周知、医療材料及び衛生材料供給体制、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、ケアマネージャーとの連携体制

《平成28年4月(改定後)～》

基準調剤加算 (32点)
○平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局
○1,200品目以上
○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は3以下)
○在宅業務の体制整備 ○在宅の業務実績(1回/年以上)
○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局等)ではないこと
○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知 (医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)登録義務)
○プライバシーに配慮した構造
○健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示
○かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出
○管理薬剤師の実務経験(薬局勤務経験5年以上、同一の保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍)
○処方せん集中度が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上

地域支援体制加算の実績要件

地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

- ア 時間外等加算又は夜間・休日等加算に規定する加算の算定回数が合算して計400回以上である。
- イ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の麻薬管理指導加算に規定する加算の算定回数※が合算して計10回以上である。
- ウ 重複投薬・相互作用等防止加算に規定する加算又は在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数※が合算して計40回以上である。
- エ 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回数が合算して計40回以上である。
- オ 外来服薬支援料の算定回数※が12回以上である。
- カ 服用薬剤調整支援料の算定回数※が1回以上である。
- キ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が1人の場合の算定回数が合算して計12回以上である。
- ク 服薬情報等提供料の算定回数※が60回以上である。

※かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、これに相当する業務を実施した場合を含む。

常勤換算の方法

常勤薬剤師数は、届出前3月の勤務状況に基づき、以下の(イ)及び(ロ)により小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで算出する。

- (イ) 当該保険薬局における実労働時間が週32時間以上である保険薬剤師は1名とする。
- (ロ) 当該保険薬局における実労働時間が週32時間に満たない保険薬剤師については、実労働時間を32時間で除した数とする。

地域支援体制加算(その他の要件)

医療安全に資する体制・取組実績(新)

○ 前年1年間(1月1日～12月31日)に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を提供した実績を有し、薬局機能情報提供制度において「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」としていること。

平成31年4月以降適用

○ 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。

平成30年10月以降適用

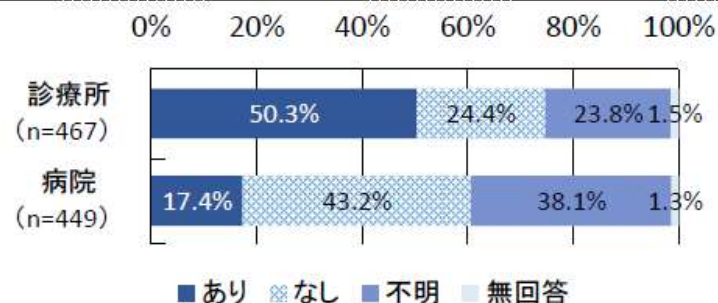
周知

地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる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。

(参考)

地域における24時間対応の薬局の有無についてみると、「なし」の割合は診療所では24.4%、病院では43.2%であった。「不明」という回答も診療所では23.8%、病院では38.1%あった。

出典)平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査



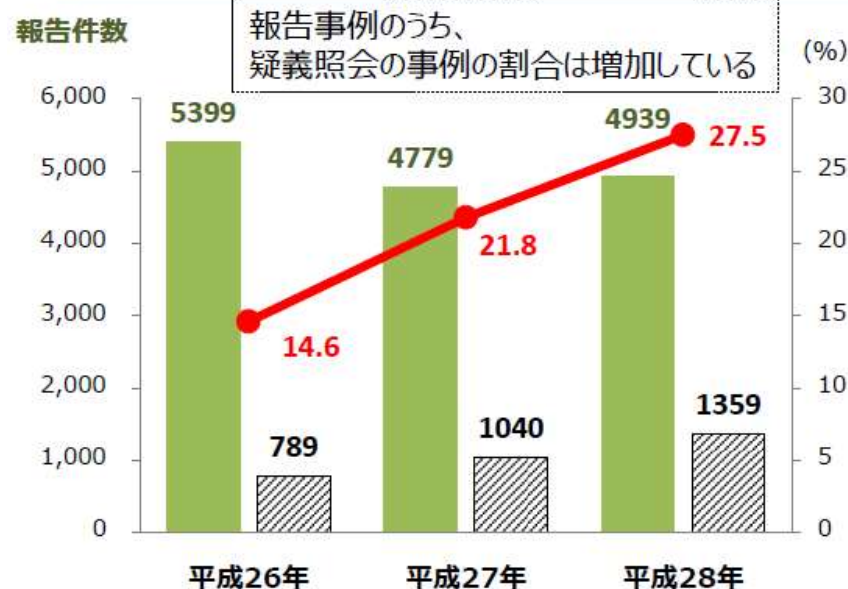
後発医薬品調剤割合

特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が85%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について、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当該加算の施設基準に係る届出時の直近3か月間の実績として50%以上であること。

薬局におけるヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

【事業の概要】

薬局における医療安全の確保を図るため、平成21年4月よりヒヤリ・ハット事例等を薬局から収集し、集積した情報の分析・評価を行っている（事業は公益財団法人日本医療評価機構が実施）



ヒヤリ・ハット報告事例

【事例①：疑義照会により処方変更に至った事例】

- 数年ぶりに来局した患者に、閉塞隅角緑内障の患者には禁忌である過活動膀胱治療剤 A の処方があった。
- 薬剤服用歴とお薬手帳の記録から、「緑内障治療点眼液 B を使用しており治療中」とあり、緑内障治療点眼液 B を処方した医療機関に確認したところ、当該患者は閉塞隅角緑内障であった。
- 過活動膀胱治療剤 A を処方した医師に疑義照会し、閉塞隅角緑内障の患者には禁忌ではない過活動膀胱治療剤 C へ処方変更した。

【事例②：疑義照会により処方中止に至った事例】

- 中等度以上の腎機能障害のある患者には禁忌である高血圧症治療剤 A の処方があった。
- 患者から「以前服用していた利尿剤 B で胸の張りや痛みがあるので、薬を変更することになった」との話があり、処方箋に記載された検査値を確認したところ、Cr（クレアチニン値）1.59、eGFR（推算糸球体濾過値）34.7であった。
- 検査値から中等度以上の腎機能障害であることが確認されたので、高血圧治療薬 A を処方した医師に疑義照会し、高血圧治療剤 A は処方中止となった。

※ヒヤリ・ハット事例の報告範囲

- 調剤業務に関する事例（薬剤取違いや規格・剤形間違い等）
- 医療機関に対して疑義照会を行った結果、処方変更等が行われた事例等

等

医薬関係者（医師・薬剤師等）による副作用報告について

- ◆ 近年の医療用後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及、ポリファーマシーによる医薬品単剤のみではない複合的な副作用の発生等、医薬品の安全性を取り巻く環境変化を考慮し、製薬企業経由のみならず、医薬関係者から国・PMDAへの直接報告を推進することが重要。
- ◆ 医薬品医療機器法第68条の10第2項において規定されており、医療機関等においては、その重要性を踏まえて必要な対応に努めることが不可欠
- ◆ このため、「医薬関係者の副作用報告ガイドンス骨子」を踏まえ、今後、医療従事者が報告体制を整えるための手引きが整備されることとなっている。

（参考）近年の医薬品の副作用報告数の推移

	企業報告	医薬関係者からの報告
平成24年度	41,413	4,147
平成25年度	38,427	5,420
平成26年度	49,276	6,180
平成27年度	51,065	6,129

組織的な医療安全対策の強化の一環として、副作用の早期発見や速やかな報告体制の強化が重要。

「医薬関係者の副作用報告ガイドンス骨子」

平成29年7月10日付け医薬・生活衛生局総務課・医薬安全対策課事務連絡

1. 速やかに報告する副作用

- 死亡、障害及びそれらにつながるおそれのある症例等について、重篤度分類基準を参考として、重篤なもの（グレード3）を15～30日を目途に当局に報告

2. 医療機関の対応について

- 医療機関内での診療科間、診療科と薬剤部門間における情報共有、連携。連携方法のあらかじめの共有。
- 副作用が疑われる症例に関する情報の医療機関内での集約・一元化。管理者を定め、情報の恒常的な把握。

3. 薬局の対応について

- 処方した医療機関への受診勧奨によるフィードバック。患者の副作用、検査値等の情報共有。
- 情報共有の結果、薬局から副作用報告を行うこととした場合、提出に際し、処方した医療機関は連名として記入する。

（医薬品医療機器等法第68条の10第2項）薬局開設者、病院、診療所若しくは飼育動物診療施設の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師、登録販売者、獣医師その他の医薬関係者は、医薬品、医療機器又は再生医療等製品について、当該品目の副作用その他の事由によるものと疑われる疾病、障害若しくは死亡の発生又は当該品目の使用によるものと疑われる感染症の発生に関する事項を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に報告しなければならない。（報告先は、医薬品医療機器等法第68条の13第3項の規定により、PMDAとされている。）

個別改定項目について

黒字:医科 赤字:調剤 青字:共通(医科・調剤)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I－1 かかりつけ薬剤師の推進

I－1 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II－1 薬局における対人業務の評価の充実

II－2 訪問指導料における居住場所に応じた評価

II－2 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

薬局における対人業務の評価の充実

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。

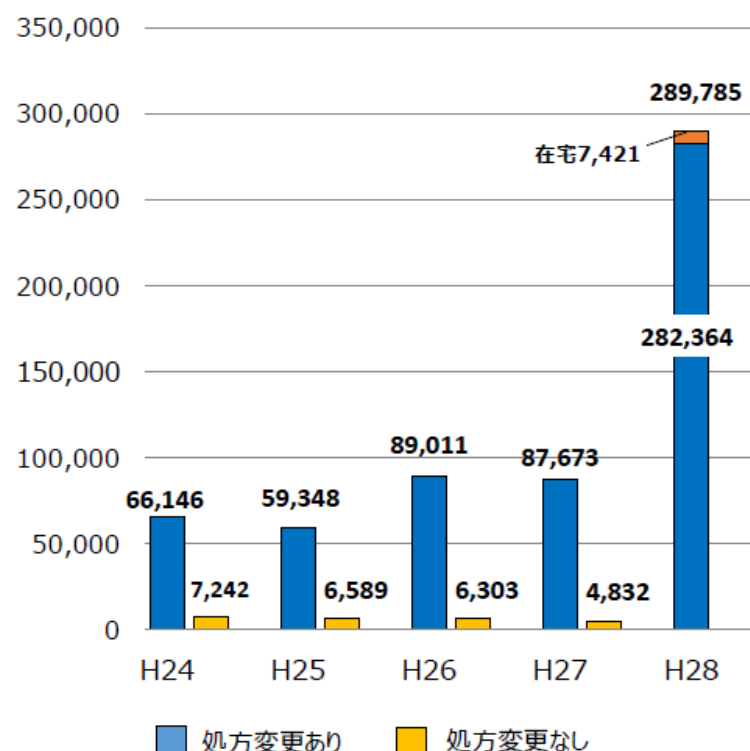
多剤・重複投薬に関する取組の実態

- 平成28年度診療報酬改定以降、重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定件数は増加している。

➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定件数

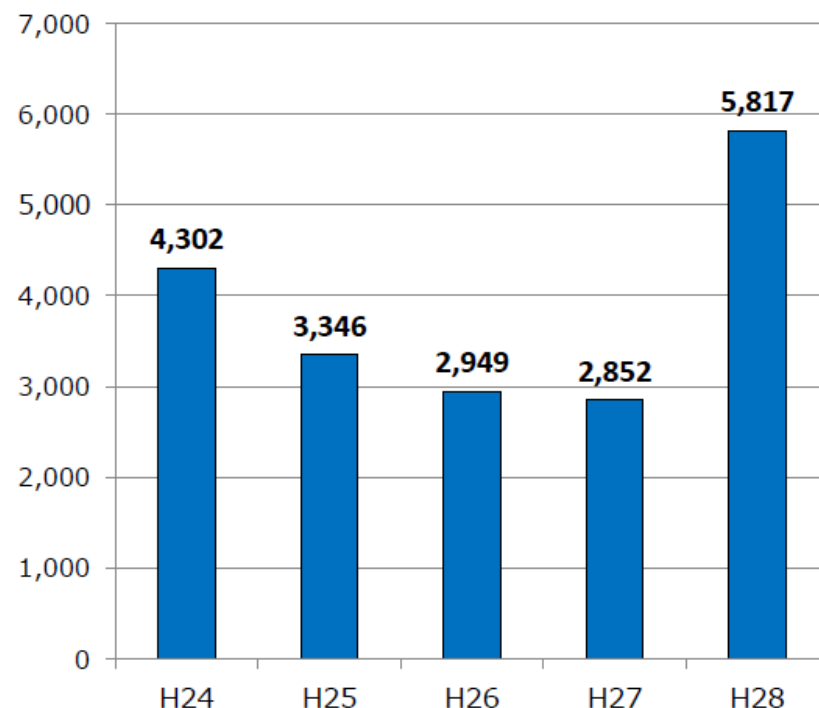
※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む

(件/月)



➤ 外来服薬支援料の算定件数

(件/月)



出典：社会医療診療行為別統計

45

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

薬局薬剤師による薬学的判断に基づく疑義照会の経済効果

概要

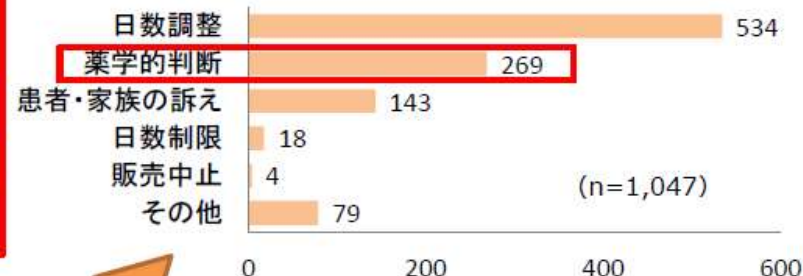
2016年9月1日～11月30日に福岡市内の薬局が応需した処方箋を対象として調査したところ、薬学的な疑義照会率は約2.3%であり、処方変更により適正化される薬剤費は570億円と試算された。

疑義照会件数・処方変更件数等

応需処方箋枚数	薬学的疑義※のある処方箋	疑義照会率
29,487枚	670枚	2.3%
薬学的疑義照会件数	処方変更件数	処方変更率
1,165件	1,047件	89.9%

※記載漏れ等の事務的な疑義を除いた、処方に関する疑義

処方変更件数の根拠



薬学的疑義照会によって処方変更が行われた場合における、元の処方と比較した薬剤費の増減

※全国推計値は全国処方箋枚数（約8億枚）を用いて算出。薬価は2016年度のものを使用。

	増額金額	減額金額	増減	全国値（推計）
処方箋670枚分 （疑義照会件数1,165件分）	683,658円	2,784,475円	-2,100,817円	—約570億円

（参考）医薬品副作用被害救済給付件数と支給額等を基に設定された金額（ハイリスク薬：84,000円/件、ハイリスク薬以外：56,000円/件）をもとに、副作用が起こった場合と疑義総照会により副作用を未然に防いだ場合の医療経済効果を算出すると、以下のとおり。

件数	医療経済効果額	2015年全国値（推計）
120件（ハイリスク17件、それ以外103件）	-7,196,000円	-約1,950億円

（出典）保険薬局における薬学的判断に基づく疑義照会の経済効果（神村英利ら）

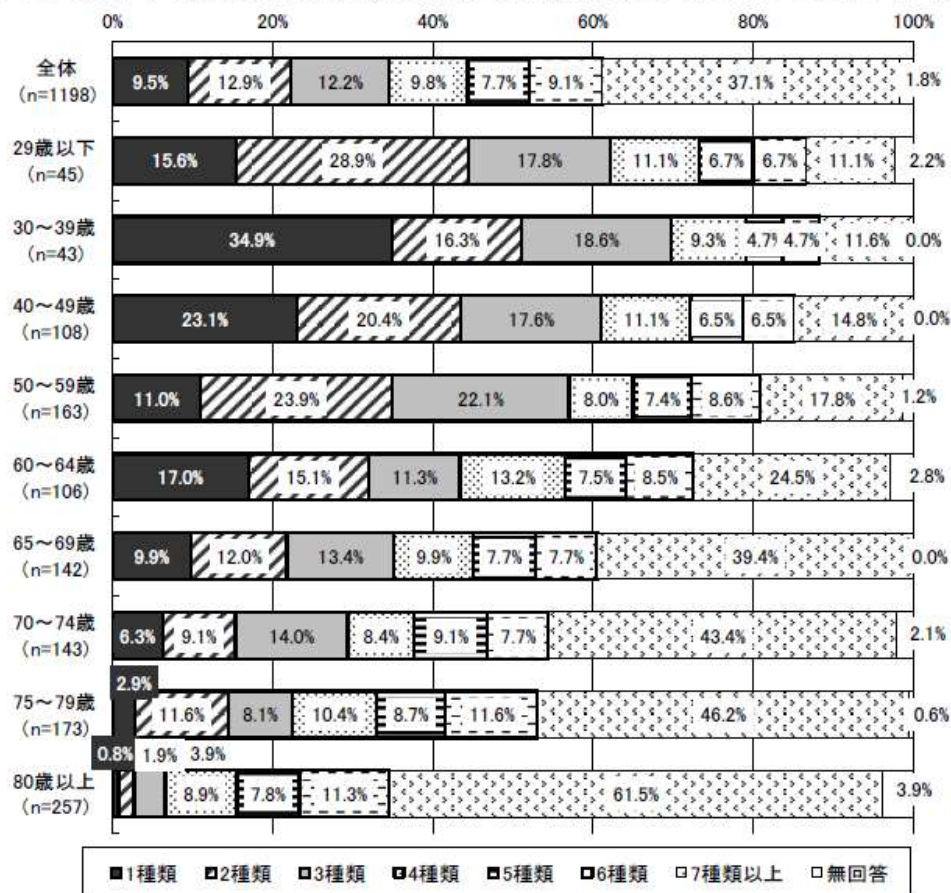
46

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会（2018年3月5日開催）資料

多剤投薬の実態

○ 高齢であるほど、定期的に内服する薬の種類が多くなる傾向がみられた。65歳以上では約4割、80歳以上では6割の患者で「7種類以上」内服しているとの結果であった。

➤ 現在、1日あたり使用している薬（年齢階級別、定期的に医療機関に行つて処方してもらっている薬がある患者）



出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29かかりつけ薬剤師調査)速報値

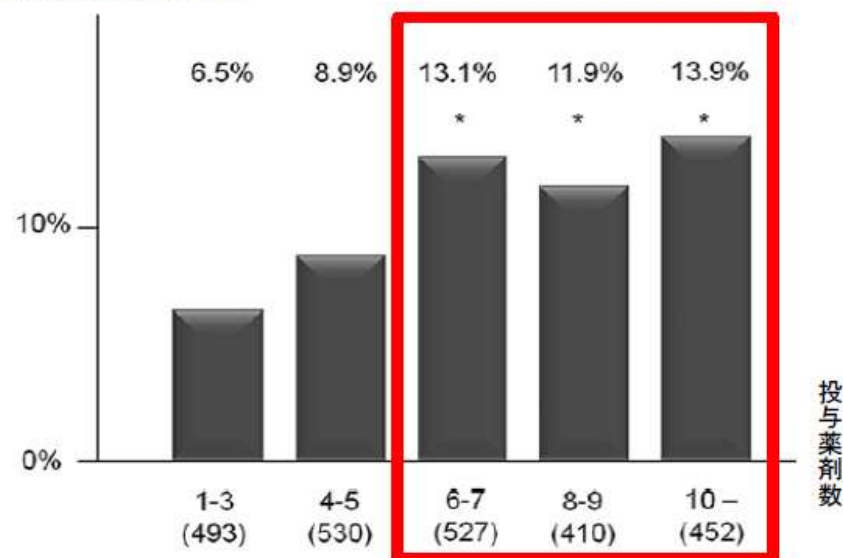
厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

多剤処方の問題点① ～有害事象の発生～

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



- 1995年～2010年に東京大学病院の老年病科に入院した65歳以上の高齢者2,412人(年齢:78.7±7.3歳、男性51.3%)の薬物による副作用を後向きに調査。
- 投与薬剤数は6.6±3.6剤。
- 252人(10.5%)に副作用を確認。

出典: Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al: High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. GeriatrGerontol Int. 2012;12: 761-2.

高齢者の薬物有害事象の主な症状	薬物有害事象を呈した者の症状の内訳
意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

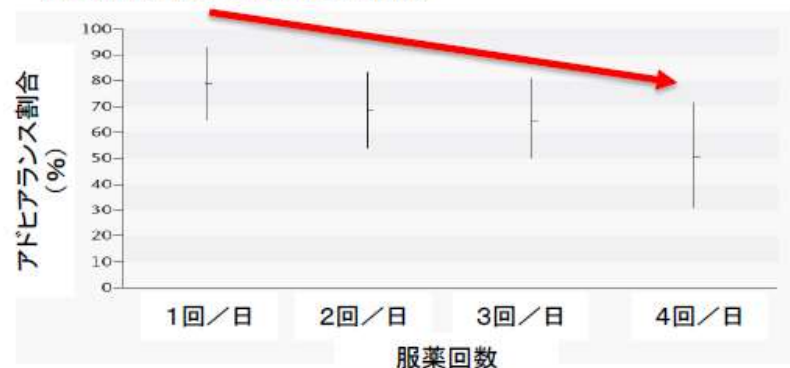
出典:厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
平成25(2013)年度 総括研究報告書「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」

多剤処方の問題点② ～不適切な服用による薬剤治療機会の喪失～

- 服薬回数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる（服薬アドヒアランスが低下する）。
- 服薬する薬剤数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる。（服薬アドヒアランスが低下する）。

1日あたりの服薬回数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる。

1日当たりの服薬回数と、服薬アドヒアランス（処方された薬剤のうち適切に服用された薬剤の割合）の関係



- ・ 服薬回数が1回/日の場合、3回/日及び4回/日より服薬アドヒアランスが高い。
- ・ 服薬回数が2回/日の場合、4回/日より服薬アドヒアランスが高い。

＜調査方法＞

- ・ 服薬頻度と服薬アドヒアランスの相関をみるためのシステムティック・レビュー。
- ・ 76の調査結果をまとめたもの。
- ・ 服薬アドヒアランスは、①dose-taking（処方された薬剤数を適切に服用しているか）、②dose-timing（処方薬を適切な時間に服用しているか）の2つの観点から定義した。

出典:

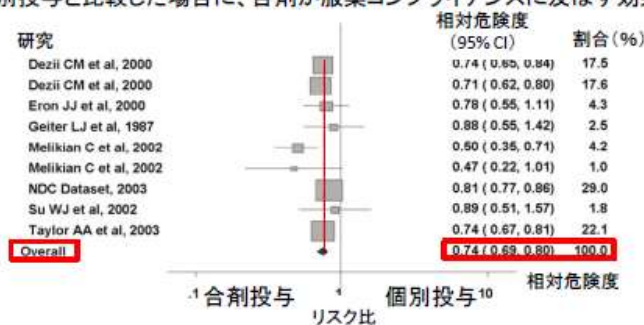
・ Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97.

・ Claxton AJ, et al. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther. 2001 Aug;23(8):1296-310.

服薬数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる。

①合剤は、薬剤の個別投与に比べ、服薬アドヒアランス低下のリスクが低い。

個別投与と比較した場合に、合剤が服薬コンプライアンスに及ぼす効果



- ・ 合剤投与群の服薬コンプライアンス低下のリスクは、個別投与の服薬コンプライアンス低下のリスクより26%低い。(p<0.0001)

＜調査方法＞

- ・ 9つの研究のメタアナリシスにより、計11,925人の合剤投与患者と8,317人の単剤投与患者を比較。

②退院時服薬数と、服薬アドヒアランスの低下には関連がある。

65歳以上の内科病棟で退院した患者を追跡調査。退院時服薬数と、患者が医師の処方通りに服用していることとの関連

➢ 退院15～30日後調査時: $R^2=0.8293$

➢ 退院3ヶ月後調査時: $R^2=0.6276$

※本研究では、 $R^2 \geq 0.6$ の場合を相関ありとしている

出典:

・ Bangalore S, et al. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med. 2007 Aug;120(8):713-9.

・ Pasina L, et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. Drugs Aging. 2014 Apr;31(4):263-9.

薬局における対人業務の評価の充実①

服用薬剤調整支援料

- 患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

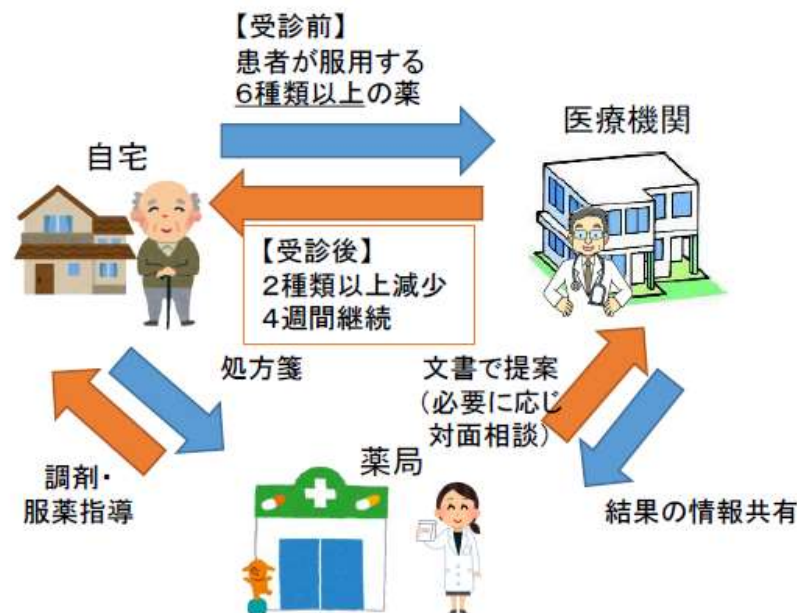
(新) 服用薬剤調整支援料

125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、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。

- (1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。



多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

1. 医療機関における減薬等の評価

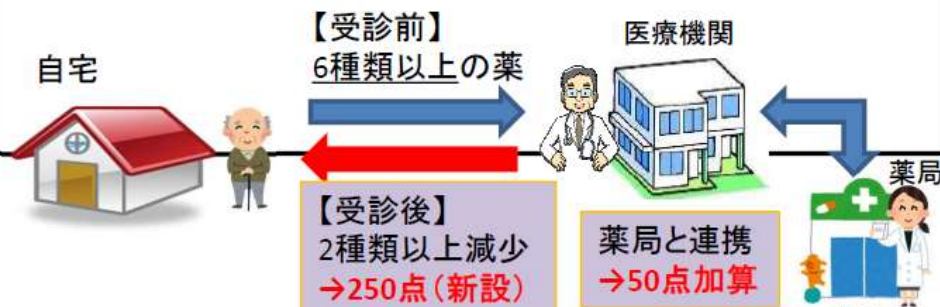
○入院患者に対する減薬の評価

- ・入院時に多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価



○外来患者に対する減薬の評価

- ・多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価



107

2. 薬局における減薬等の評価

○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

- ・薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実（20点→**30点**へ充実）

○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の評価の充実

- ・在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設（**30点**）【新設】

○残薬等の管理の評価

- ・薬局が患者に薬剤を入れるバッグ（右図）を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価（**185点**（月1回））【新設】



＜残薬を含む持参薬（イメージ）＞



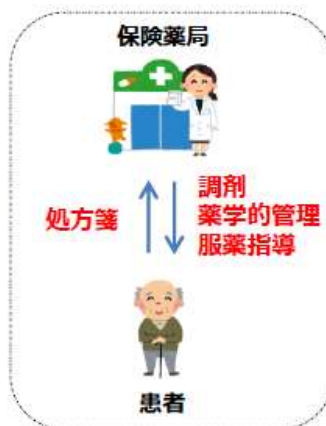
中央社会保険医療協議会総会(2017年11月1日)資料

疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案の違いについて

- 疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案については、以下のように整理される。

疑義照会：薬の受け渡し時における、処方内容に係る照会

服薬情報に基づき薬の重複、残薬調整や薬物療法の安全性に直結する疑義



重複投薬・相互作用等防止加算（40点又は30点）

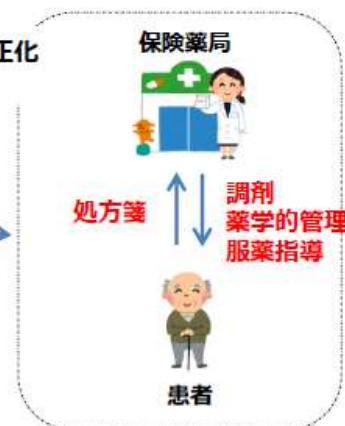
薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方箋を交付した保険医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に加算。

多剤投薬の適正化に係る提案：薬の受け渡し時以外の、患者の意向を尊重した薬学的観点からの処方医への提案

薬剤を減らしたいという患者の意向を尊重し、副作用の可能性等を検討し、一定期間使用している薬の必要性を患者と相談して処方医に減薬を提案



すぐその場で判断するのではなく、患者の症状や治療経過等を精査して減薬を検討



服用薬剤調整支援料（125点）

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、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回に限り算定。

処方への対応

「処方せん」は、どの医療機関でも有効です。」									
医療機関番号		医師番号							
医療機関医療 の支給者番号		被保険者証・被保 者手帳の番号・番号	*						

患 者	氏名			医療機関隣の 所在地及び名称
	生年月日	昭和 年 月 日	性・支	電話番号
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名
	印			

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの 使用期間	平成 年 月 日
-------	----------	---------------	----------

処方 せ ん の 方 格	重要不可 ①「処方せん」について、医療品名（ジェネリック医薬品）への変更が示しあがると判断した場合は、「重要不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「医療医署名」欄に署名又は記号・押印すること。
-----------------------------	---

医 生 の 考 察	保険医署名 ②「重要不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記号・押印すること。
-----------------------	--

医療機関が調剤時に注意を確認した場合は「印」に押印がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。 □医療機関隣へ転送所合したと判別 □医療機関隣へ情報提供	
---	--

調剤年月日	平成 年 月 日	医療機関番号					
医療機関の所在地 及び名称	印	医療機関医療 の支給者番号					

88歳 女性 平成29年7月23日の処方

- ① アジルサルタン錠40mg 1錠 分1 夕食後
- ② トリクロルメチアジド2mg 2錠 分2 朝夕食後
- ③ ニフェジピン徐放錠(24時間持続)40mg 1錠 分1 夕食後
- ④ プラバスタチンナトリウム錠5mg 2錠 分2 朝夕食後
- ⑤ ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 2錠 分2 朝夕食後
- ⑥ ラックビー微粒N 6g 分3 毎食後
- ⑦ メマンチン塩酸塩口腔内崩壊錠20mg 1錠 分1 夕食後
- ⑧ ウチダの八味丸M 6g 分3 毎食前
- ⑨ ~~トリアズラム0.125mg錠 不眠時~~
- ⑩ ロペラミド塩酸塩カプセル1mg 2Cp 分2 朝夕食後
- ⑪ (追加)イトラコナゾールカプセル50mg 8Cp 分2 朝夕食直後

相互作用の問題(疑義照会)

患者が減薬を希望している場合、患者からの聞き取りにより、他の薬剤も減らせる可能性がある。

平成28年度診療報酬改定(医薬品の適正使用の推進)

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

- 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① 入院前に6種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合を含めることができる。

(新) 薬剤総合評価調整管理料 250点(月1回に限り)
連携管理加算 50点

[算定要件]

① 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。

② 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料(I)は算定できない。

<薬剤総合評価調整加算等の算定状況>

	平成28年 6 月
薬剤総合評価調整加算	1,640回
薬剤総合評価調整管理料	11,004回
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算	956回

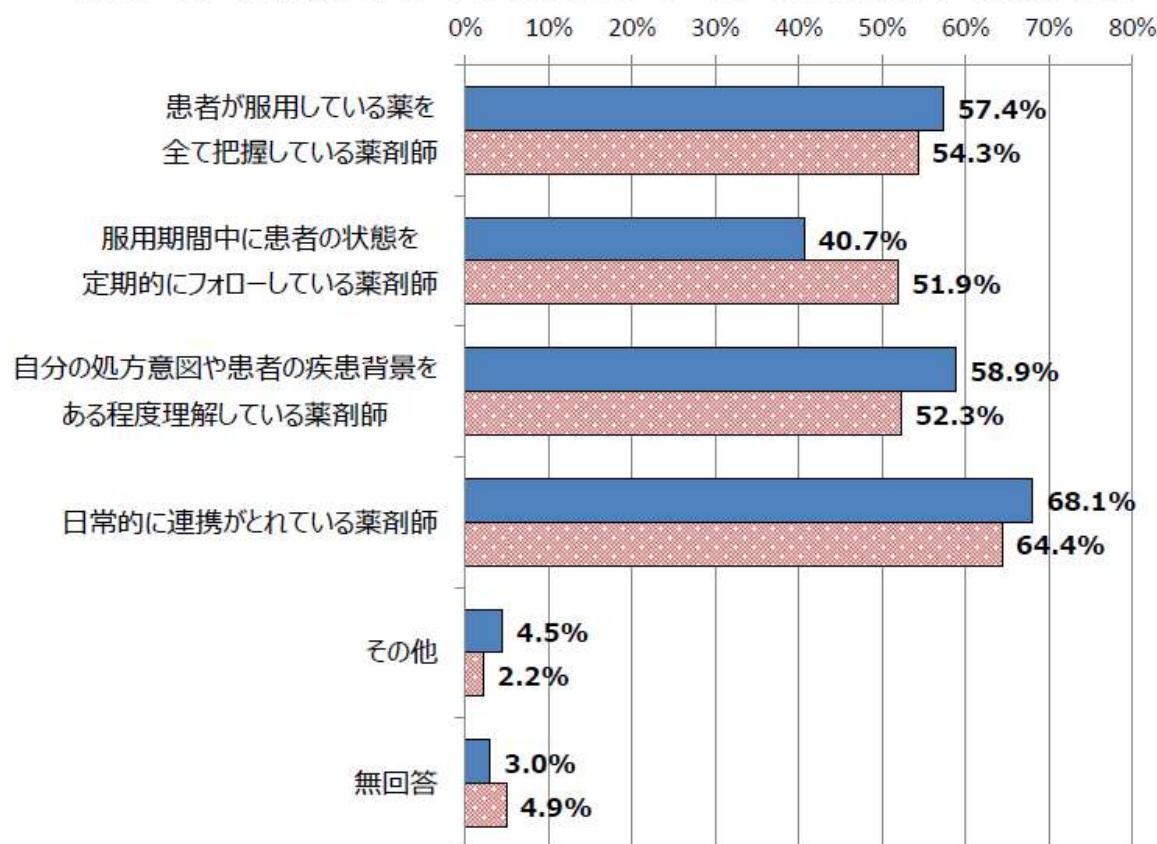
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

薬剤の適正使用を進める上で医療機関が求める薬局薬剤師

- 残薬、重複投薬・多剤投薬の改善など薬剤の適正使用を進めるにあたり、どのような薬局薬剤師であれば連携を図りたいと考えるか尋ねたところ、診療所、病院ともに「日常的に連携がとれている薬剤師」が最も多かった。次いで、診療所では「自分の処方意図や患者の疾患背景をある程度理解している薬剤師」が、病院では「患者が服用している薬を全て把握している薬剤師」が多かった。

➤ 薬剤の適正使用を進める上で連携を図りたいと考える薬局薬剤師（複数回答）



（注）「その他」の内容として、以下の内容が挙げられた。

診療所：「生活指導や地域包括ケアシステムに明るい薬剤師」、「認知症の患者等にきちんと内服するよう指導できる薬剤師」、「訪問してチェックしてくれる薬剤師」等。

病院：「信頼関係が築けている薬剤師」、「精神疾患を有する患者、家族への理解が深い薬剤師」、「患者と信頼関係のある薬剤師」、「近い存在でコミュニケーションが十分にとれる薬剤師」、「連携システムが導入されている薬局の薬剤師」、「残薬調整をしっかり行っている薬剤師」、「服薬アドヒアランスの把握ができている薬剤師」、「患者にきっちりと指導できる薬剤師」等。

出典）診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(H29かかりつけ薬剤師調査)

薬局における対人業務の評価の充実②

服薬情報提供料

- 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	改定後
【服薬情報提供料】 服薬情報提供料 20点	【服薬情報提供料】 服薬情報等提供料1 <u>30点</u> ※保険医療機関の求めがあった場合 服薬情報等提供料2 20点 ※患者又はその家族等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

調剤後の継続的な薬学的管理を実施

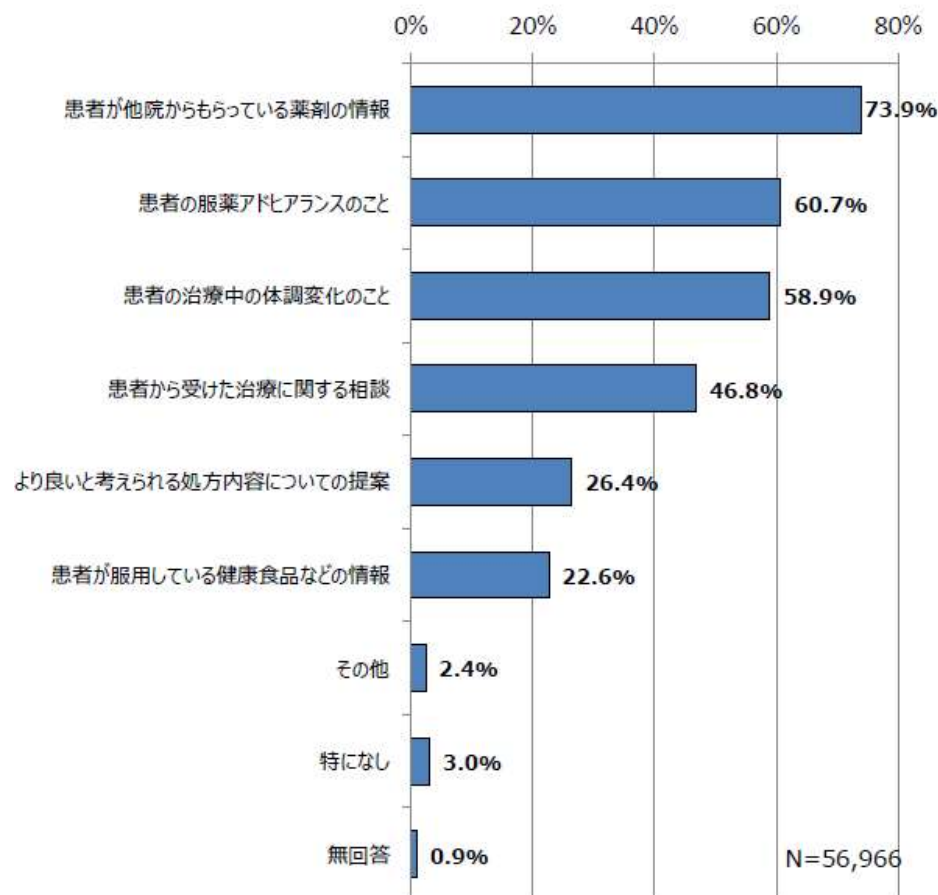


※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

薬局と医療機関の連携として有効と考えられる情報

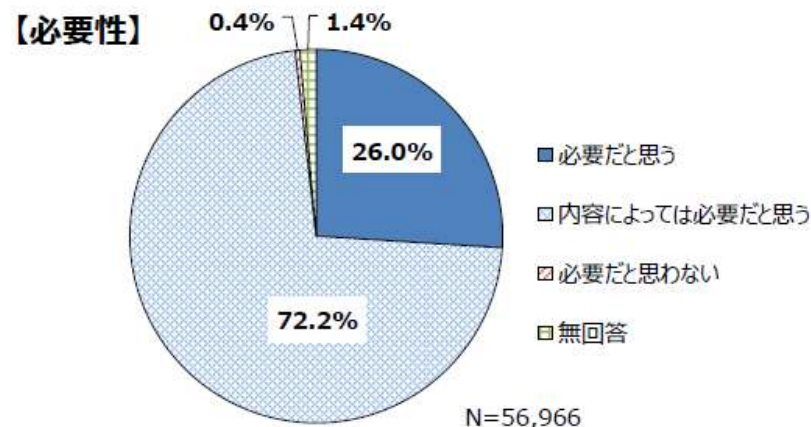
○ 患者の服薬状況や服用期間中の体調変化について、薬局から医療機関にフィードバックすることが有効と考えられている。保険薬局において、こうした取組の必要性が認識されており、取組が広がっている。

➤ 医療機関との連携として、疑義照会とは別に、フィードバックすることが有効と考えられる情報の内容

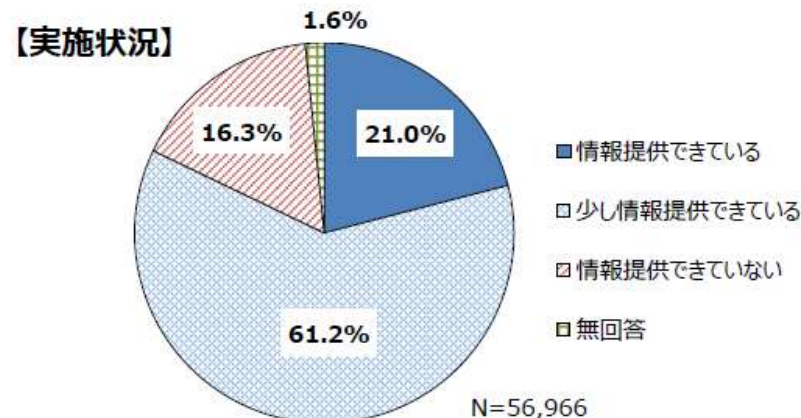


➤ 疑義照会とは別に、医療機関にフィードバックすることが有効と考えられる情報について

【必要性】



【実施状況】



H28医療課委託調査（薬局の機能に係る実態調査）

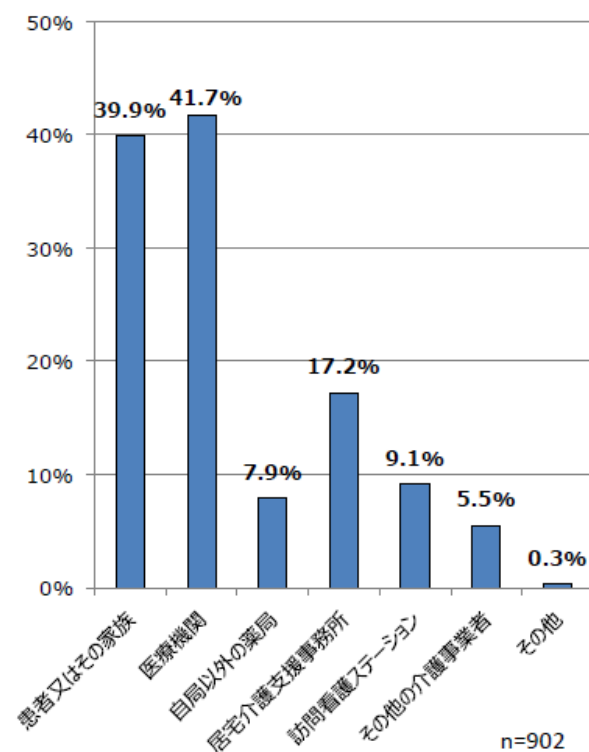
56

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会（2018年3月5日開催）資料

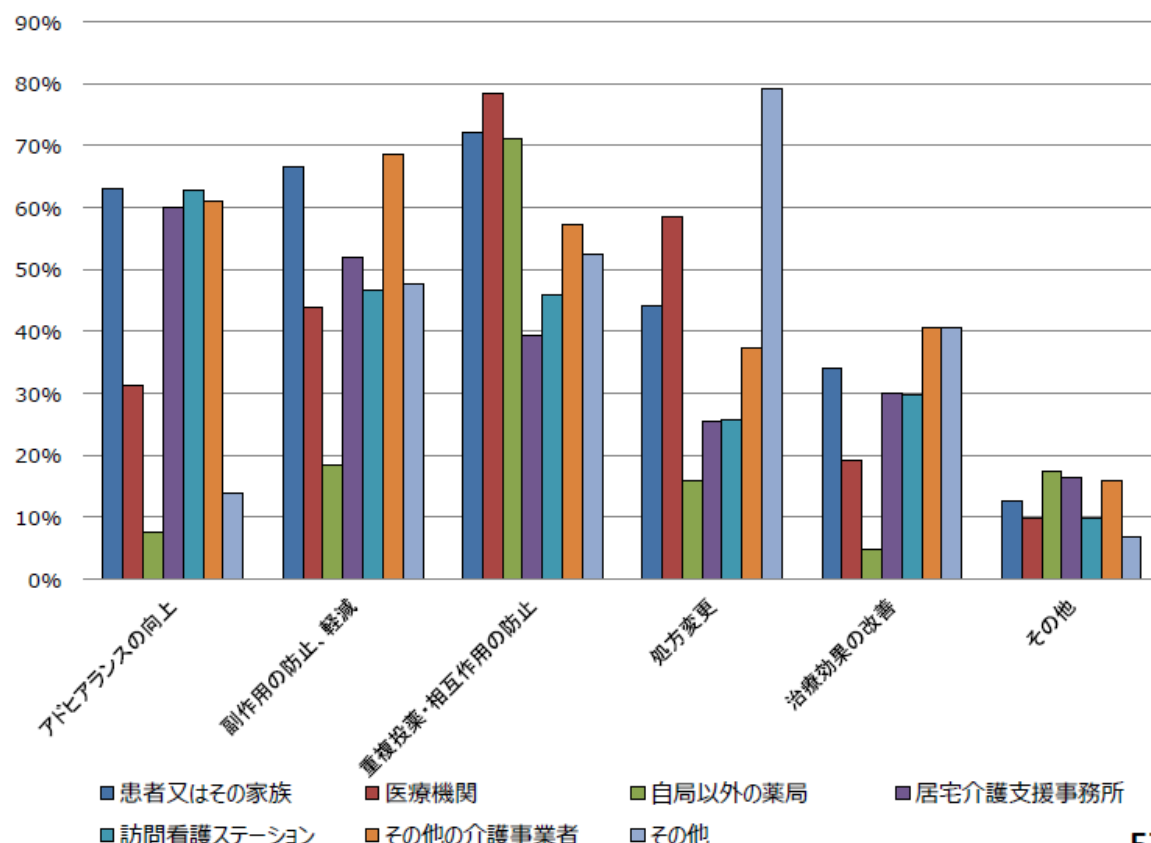
服薬情報等の提供の有無とその効果

○ 保険薬局において、患者の服薬情報等を医療機関などに提供する取組は一定程度実施されており、アドヒアランスの向上や重複・相互作用の防止などにつながっている。

➤ 関係主体への服薬情報等の提供有無
(「あり」と回答した割合)



➤ 情報提供を行うことによる薬学管理上の効果
(効果があったものの割合)



H29医療課委託調査 (薬局の機能に係る実態調査)

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

保険薬局と医療機関の副作用管理における連携

- 医療機関からの指示に基づいて薬局薬剤師が服用期間中の服薬状況等をフォローし、その結果を医療機関に共有することで、副作用等への対応をより適切に行うことができる。

「プロトコルに基づく経口抗がん薬治療管理の効果を実証する調査」

- 研究代表者：安原 真人（東京医科歯科大学）
- 研究期間：2016年11月25日～実施中
- 登録患者数：103名(2017年10月現在)
- 研究目的：プロトコルに基づく薬物治療管理（PBPM）をがん外来化学療法に適用することの効果を、観察研究によって検証する。

➤ 実施フロー図



➤ 薬局のフォローアップ対応の流れ

【テレフォンフォローアップの実施】

予約日にチェックシートを参照しながら、電話フォローアップを行う。

※次回受診の前に、再度、電話による確認が必要と判断される場合は、その日程を決めて、対応。

【有害事象等で緊急対応が必要な場合】

チェックシートを病院へFAXするとともに、直ちに医療機関の事前に取り決めた部署へ電話連絡。また、緊急対応した事例についてのサマリーを作成。

【緊急対応に該当しなかった場合】

記入したチェックシートを病院へFAXで送付。

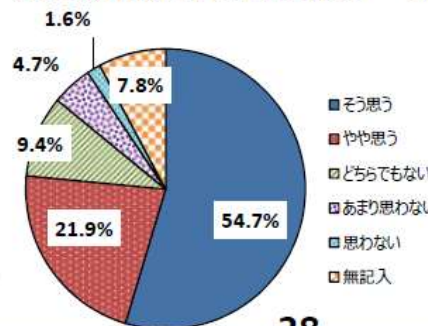
➤ チェックシート（例）薬局と医療機関が共同で作成

- アドヒアランス □良 □不良（飲み忘れ回数 回 その他： ）
- 下痢 □なし □あり □未確認
頻度 回/日 下痢止めの服用 □あり □なし □未確認
ロペラミド内服頻度 回/日（残数： Cap）
主な指導内容：＊飲水・食事指導・ロペラミド服用法について記載など
支持療法：□下痢止めの服用を指示した □下痢止めの服用について再度説明した
- 吐き気・食欲不振
嘔吐 □未確認 □なし □あり → 回/日
吐き気 □未確認 □なし □あり → 吐き気止めの摂取状況、水分の摂取状況確認
食欲不振 □なし □あり □未確認 → 食事摂取量 %（S-1開始前と比較）
主な指導内容：＊悪心嘔吐対策の指導内容記載 食事のとり方など
支持療法：□吐き気止めの服用を指示した □吐き気止めの服用について再度説明

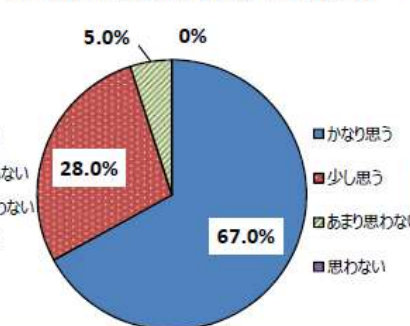
➤ 中間結果概要

- 103名の登録患者（トレーシングレポート344件）に対して、
- ・ 電話フォローアップを契機とする予定外受診が3名4件、休薬が8名。
 - ・ 電話フォローアップに基づく医師への処方提案が42件あり、20件（48%）が処方に反映。
 - ・ 電話による予定外受診、抗がん薬の休薬、処方変更の計32件は副作用の重篤化を回避し患者の安全に直接寄与したものと考えられる。
 - ・ 副作用の不安解消や対処療法の指導を行った事例が126件（37%）と最も多く、次いで支持療法の使用指導が50件（15%）であった。

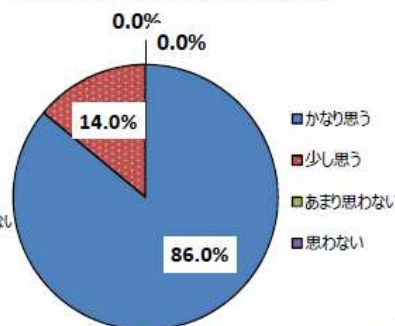
薬局薬剤師からの副作用に対する対応やアドバイスは有用であったか（患者調査）



電話フォローで患者の副作用への対処方法の実施がより適切に行えたか（医師調査）



保険薬局と病院薬剤師と医師が情報を共有し連携することは必要か（医師調査）



38

中央社会保険医療協議会総会（2017年12月8日）資料

薬局における対人業務の評価の充実③

1. 重複投薬・相互作用等防止加算

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

現行

【重複投薬・相互作用等防止加算】	30点
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。	
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	30点

改定後

【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、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
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
【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	
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

重複算定は不可

2. 乳幼児服薬指導加算

- 乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

現行

【乳幼児服薬指導加算】	10点
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。	

改定後

【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、乳幼児服薬指導加算として、 <u>12点</u> を所定点数に加算する。	

薬局における対人業務の評価の充実④

薬剤服用歴管理指導料

○ 薬剤服用歴の記録の記載等の見直しとともに薬剤服用歴管理指導料等について評価を見直す。

現行

【薬剤服用歴管理指導料】

- | | |
|---------------------------|-----|
| 1 原則6月以内に処方箋を持参した患者に行った場合 | 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 |

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。

改定後

【薬剤服用歴管理指導料】

- | | |
|-----------------------------|-----|
| 1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 | 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入所者に対して行った場合 | 41点 |

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、53点を算定する。



調剤料

○ 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

15日分以上 21日分以下の場合	70点
22日分以上 30日分以下の場合	80点
31日分以上の場合	87点

改定後

15日分以上 21日分以下の場合	67点
22日分以上 30日分以下の場合	78点
31日分以上の場合	86点

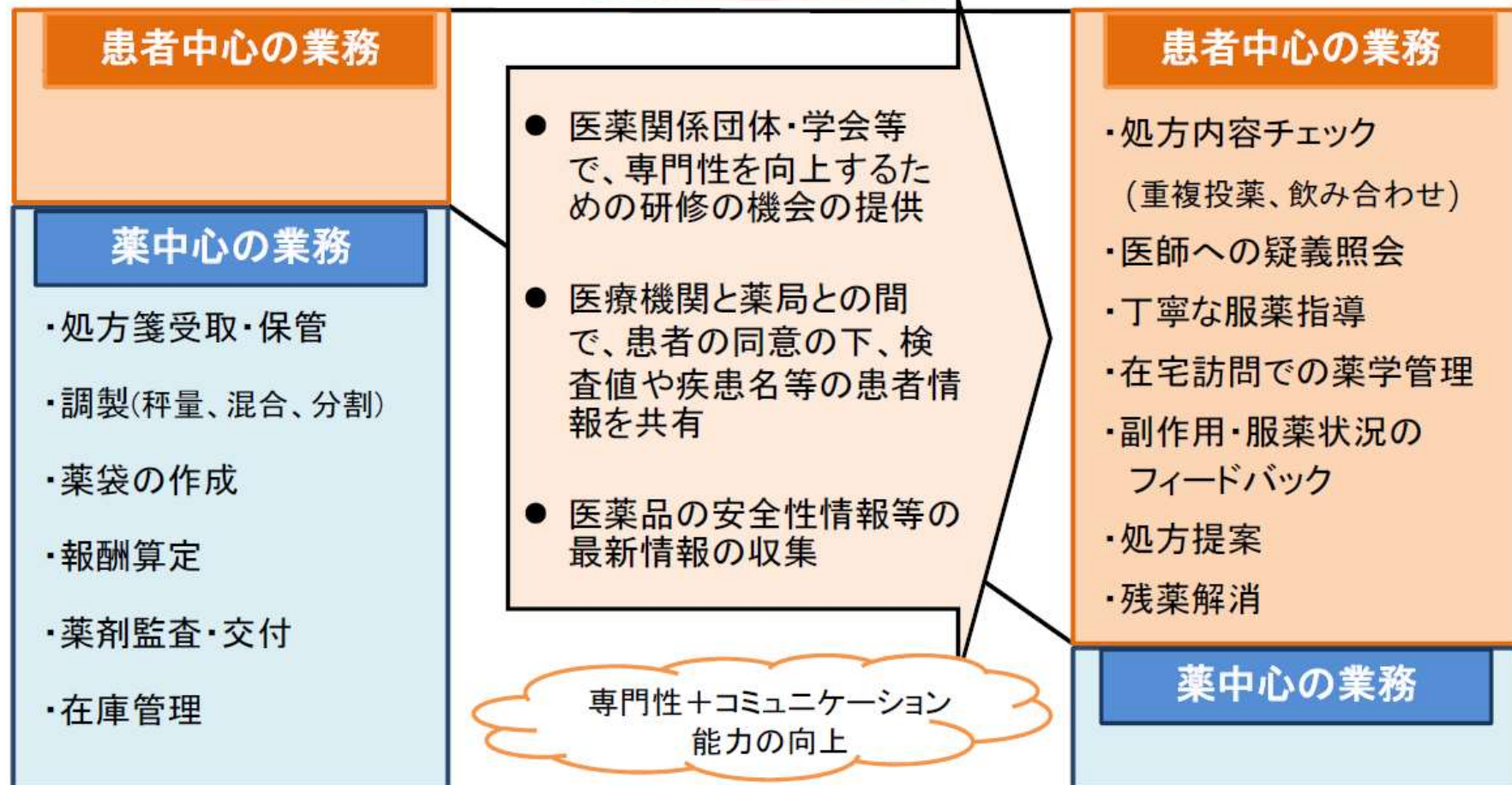


「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」そして「地域」へ～

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

平成27年10月23日
厚生労働省公表資料改変

～対物業務から対人業務へ～



薬剤服用歴の記載事項

薬歴の記載事項

○ 薬剤服用歴の記録について、継続的な薬学的管理及び指導の記載を求めるとともに、記載事項を整理。

現行

- ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録
- イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録
- ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
- エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の情報
- オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点
- カ 服薬状況
- キ 残薬の状況
- ク 患者の服薬中の体調の変化
- ケ 併用薬等(要指導医薬品、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
- コ 合併症を含む既往歴に関する情報
- サ 他科受診の有無
- シ 副作用が疑われる症状の有無
- ス 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
- セ 後発医薬品の使用に関する患者の意向
- ソ 手帳による情報提供の状況
- タ 服薬指導の要点
- チ 指導した保険薬剤師の氏名

変更後

- ア 患者の基礎情報(氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先)
- イ 処方及び調剤内容(処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、処方内容、調剤日、処方内容に関する照会の内容等)
- ウ 患者の体質(アレルギー歴、副作用歴等を含む)、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- エ 疾患に関する情報(既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。)
- オ 併用薬(要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。)等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- カ 服薬状況(残薬の状況を含む。)
- キ 患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)及び患者又はその家族等からの相談事項の要点
- ク 服薬指導の要点
- ケ 手帳活用の有無(手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無)
- コ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点
- サ 指導した保険薬剤師の氏名

薬局における対人業務の評価の充実⑤

薬剤服用歴管理指導料の特例

- 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。

(新) 薬剤服用歴管理指導料の特例

13点

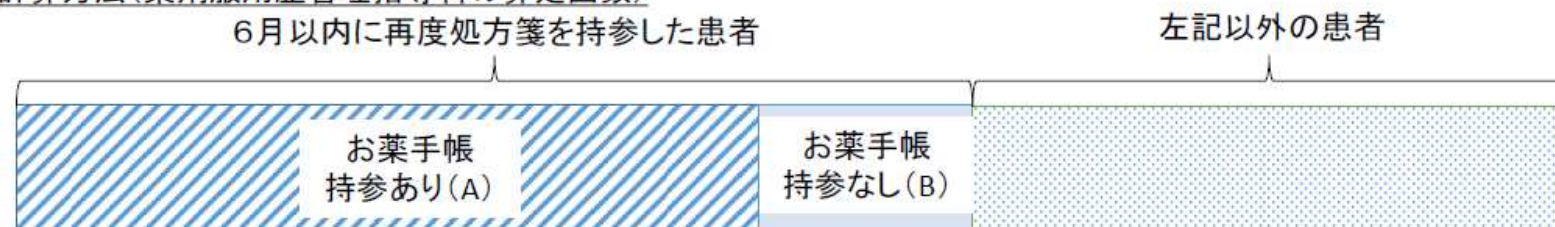
なお、この場合において、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。

[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(6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%以下である保険薬局

➤ 計算方法(薬剤服用歴管理指導料の算定回数)



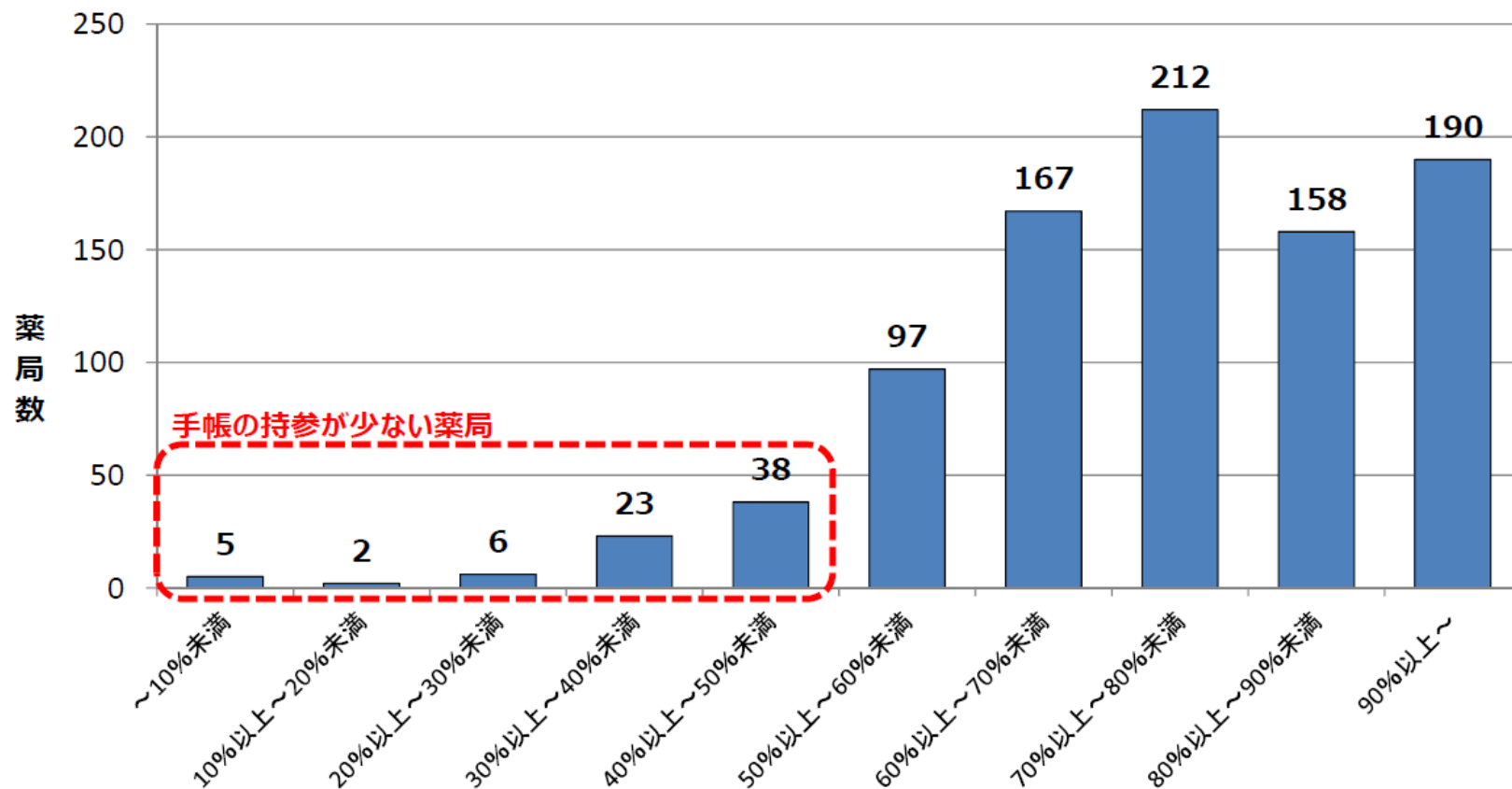
6月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参した患者の割合: $(A) / (A+B)$

- ※ 前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって該当性を判断し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。

- ※ 該当した場合であっても、直近3月間における実績により、50%を上回った場合には対象外とする。

薬剤服用歴管理指導料の算定状況

- 6月以内に来局した患者における薬剤服用歴管理指導料の算定状況として、多くの薬局で手帳持参あり（38点）の算定が手帳持参なし（50点）より多くなっているが、一方で、手帳の持参が少ない薬局も存在している。



6月以内来局患者の薬剤服用歴管理指導料に占める38点の算定割合
 【38点／50点+38点（6月以内来局患者。基本料1,4の薬局に限る。）】

出典）診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29かかりつけ薬剤師調査)

薬剤服用歴管理指導料の見直し

改定前

手帳の活用実績は
要件になかった

薬剤服用歴管理指導料1
38点(調剤基本料1、4で6月以内に
手帳持参)

薬剤服用歴管理指導料2
50点(上記以外)

薬剤服用歴管理指導料3
38点(特別養護老人ホームに入
所している者)

改定後

薬剤服用歴管理指導料の特例
13点(6月以内に再来局した患者
のうち手帳持参割合が5割以下)

薬剤服用歴管理指導料1
41点(上記に当てはまらず、調剤
基本料1で6月以内に手帳持参)

薬剤服用歴管理指導料2
53点(上記以外)

薬剤服用歴管理指導料3
41点(特別養護老人ホームに入
所している者に訪問)

手帳の活用実績が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が新設された。

お薬手帳について

意義と役割

利用者自身が、

- ①自分の服用している医薬品について把握するとともに正しく理解し、②服用した時に気付いた副作用や薬の効果等の体の変化や服用したかどうか等を記録することで、医薬品に対する意識を高める。
- 複数の医療機関を受診する際及び薬局にて調剤を行う際に、③利用者がそれぞれの医療機関の医師及び薬局の薬剤師等にお薬手帳を提示することにより、相互作用や重複投与を防ぎ、医薬品のより安全で有効な薬物療法につなげる。

お薬手帳の取扱い(薬剤服用歴管理指導料の算定要件抜粋)

- 手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。
- 患者に対して、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供する。



調剤報酬明細書の記載要領

現行

薬剤服用歴管理指導料1を算定した場合：
薬Aの記号

薬剤服用歴管理指導料2を算定した場合：
薬Bの記号

薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合：
薬Cの記号

薬剤服用歴管理指導料の注1のただし書きに該当する場合：
薬Dの記号

改定後

	薬剤服用歴管理指導料を算定する場合			
	調剤基本料 1を算定する 保険薬局	調剤基本料 1以外の調 剤基本料を 算定する保 険薬局	薬剤服用歴 管理指導料 3を算定す る保険薬局	薬剤服用歴 管理指導料 の特例を算 定する保険 薬局
6月以内に再 度処方箋を持 参した患者 (手帳を持参 した患者に 行った場合)	薬A (41点)	薬他A (53点)	薬3A (41点)	薬特A (13点)
6月以内に再 度処方箋を持 参した患者 (手帳を持参 していない患 者に行った場 合)	薬B (53点)	薬他B (53点)	薬3B (41点)	薬特B (13点)
6月以内に再 度処方箋を持 参した患者以 外の患者に 行った場合	薬C (53点)	薬他C (53点)	薬3C (41点)	薬特C (13点)

外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

第1 基本的な考え方

薬剤耐性菌対策は国際的にも重要な課題となっており、様々な対策が進められている。外来診療等における抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上のため、地域包括診療料等及び薬剤服用歴管理指導料について、以下のように見直す。

外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

2. 再診料の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算、地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料、薬剤服用歴管理指導料又は小児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料を算定する場合は、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること及び「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行うことを要件として追加する。

個別改定項目について

黒字:医科 赤字:調剤 青字:共通(医科・調剤)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I－1 かかりつけ薬剤師の推進

I－1 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II－1 薬局における対人業務の評価の充実

II－2 訪問指導料における居住場所に応じた評価

II－2 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

訪問指導料における居住場所に応じた評価

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。

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進①

- 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。

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

【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 |

[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。



- 医療機関の薬剤師が実施する場合も同様に見直し。

改定後

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> | 650点 |
| 2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> | <u>320点</u> |
| 3 <u>1及び2以外の場合</u> | <u>290点</u> |

[単一建物診療患者の人数]

- (1) 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険薬局等が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- (2) 以下の場合、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- ・同居する同一世帯に、訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以上いる場合
 - ・訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合
 - ・当該建築物の戸数が20戸未満にあって、訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下の場合

個別改定項目について

黒字:医科 赤字:調剤 青字:共通(医科・調剤)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I－1 かかりつけ薬剤師の推進

I－1 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

II－1 薬局における対人業務の評価の充実

II－2 訪問指導料における居住場所に応じた評価

II－2 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

第1 基本的な考え方

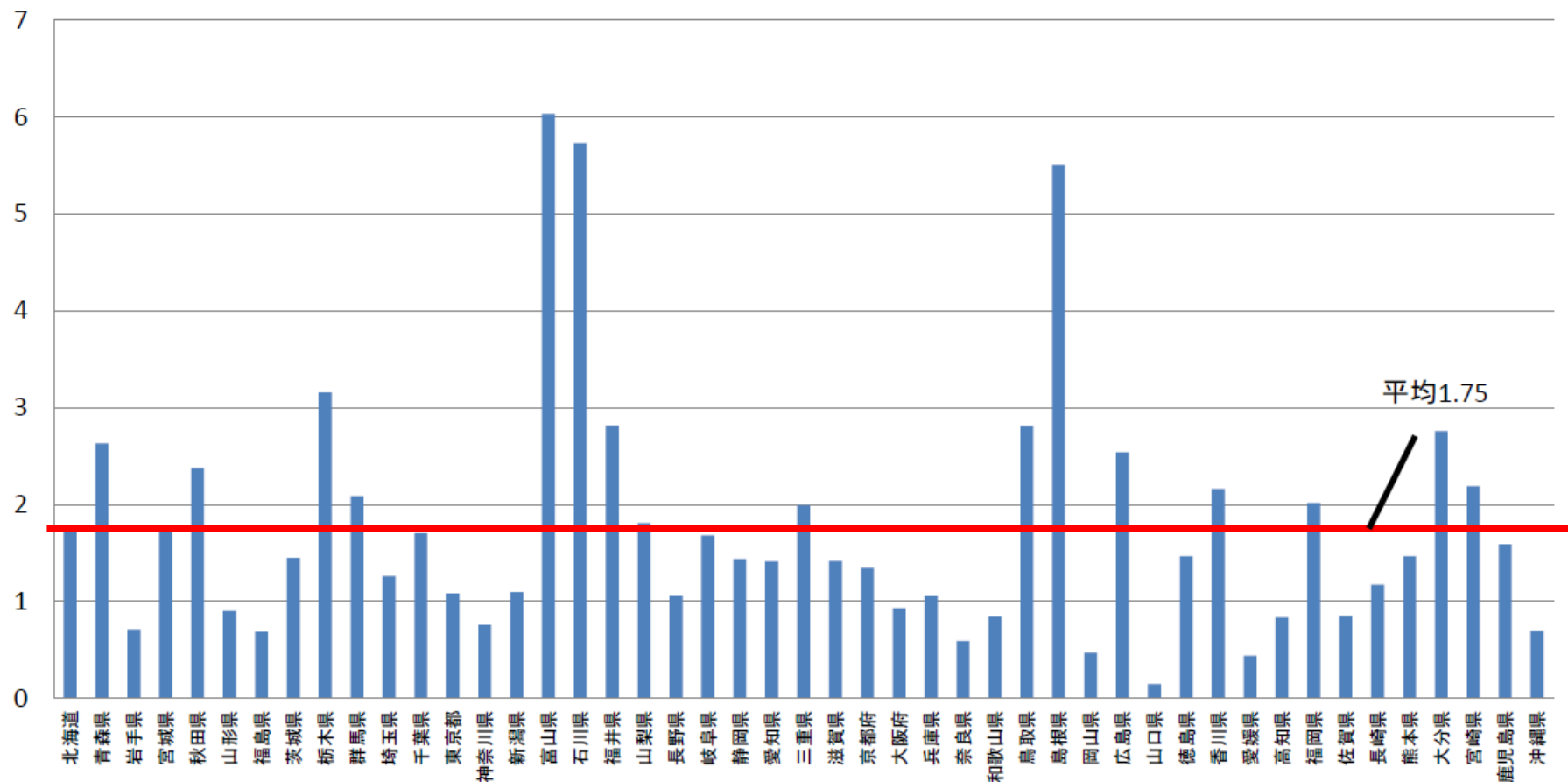
かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、
無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。

無菌製剤処理加算の施設基準届出薬局数(平成29年4月1日時点)

○ 無菌製剤処理加算の施設基準届出薬局数は都道府県によってばらつきがある。

薬局数(人口10万対)

※全国の届出薬局数は合計1,862薬局



出典)厚生労働省保険局医療課調べ

※各都道府県の人口は平成28年10月1日の値を使用

66

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

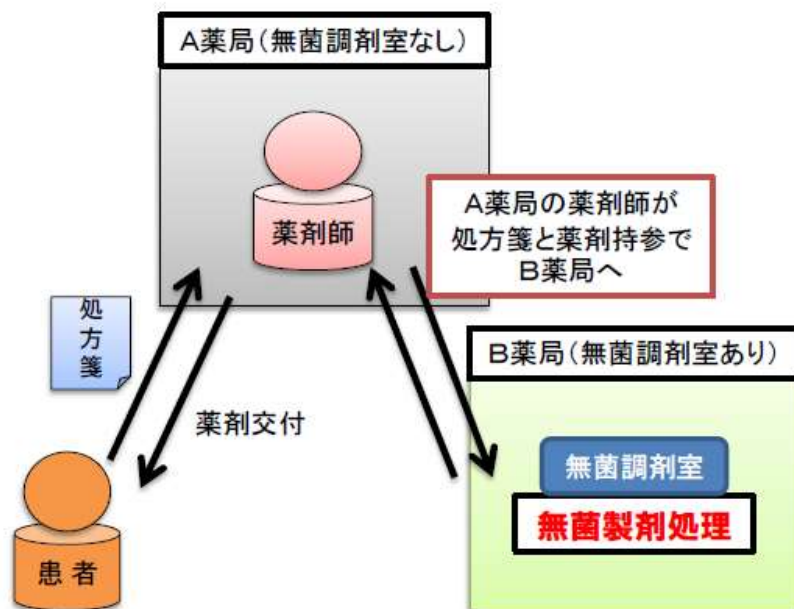
無菌調剤室の共同利用について

- 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ており、こうした取組が広がってきている。

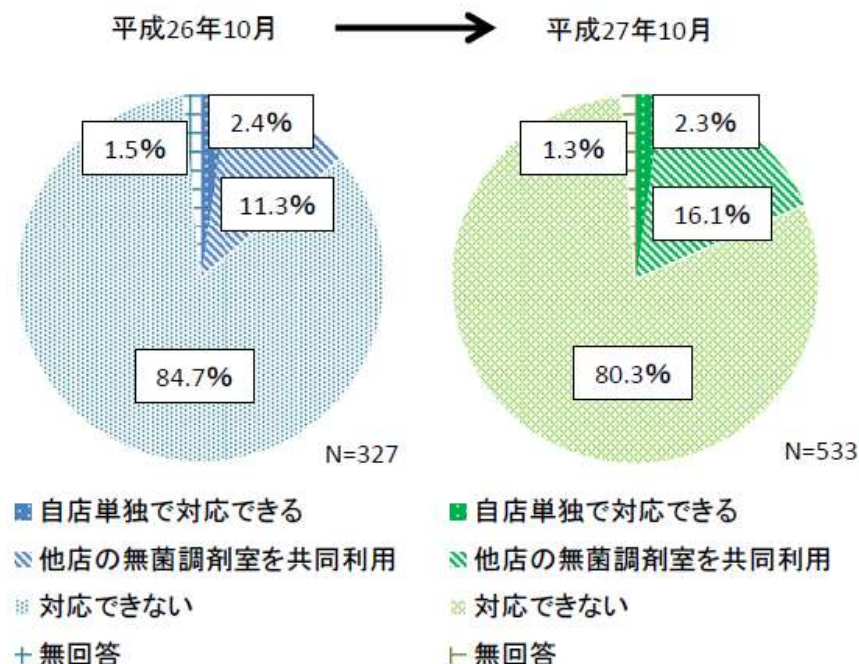
医薬品医療機器法 施行規則

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。

➤ 無菌調剤室の共同利用のイメージ



➤ 無菌調剤室の共同利用の実施状況



出典)平成26年度、27年度老人保健健康増進等事業 報告書 67
 厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進②

無菌製剤処理加算

- 無菌製剤処理加算の評価を見直す。

現行	
中心静脈栄養法用輸液	1日につき65点 (6歳未満の乳幼児は130点)
抗悪性腫瘍剤	1日につき75点 (6歳未満の乳幼児は140点)
麻薬	1日につき65点 (6歳未満の乳幼児は130点)



改定後	
中心静脈栄養法用輸液	1日につき 67点 (6歳未満の乳幼児は 135点)
抗悪性腫瘍剤	1日につき 77点 (6歳未満の乳幼児は 145点)
麻薬	1日につき 67点 (6歳未満の乳幼児は 135点)

- 無菌調剤室を共同利用した場合の費用について、無菌調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。

乳幼児に対する評価

- 乳幼児に対する業務の評価を新設する(医療機関の薬剤師が実施する場合も同様)。

(新)乳幼児加算(在宅患者訪問薬剤管理指導料等)100点

[算定要件]

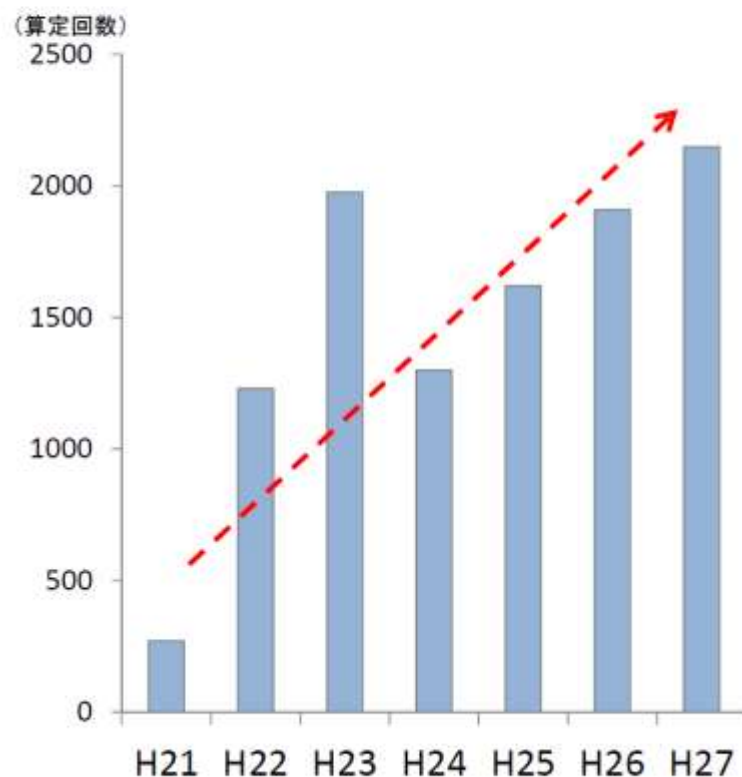
在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

長期にわたり療養を要する小児の推移

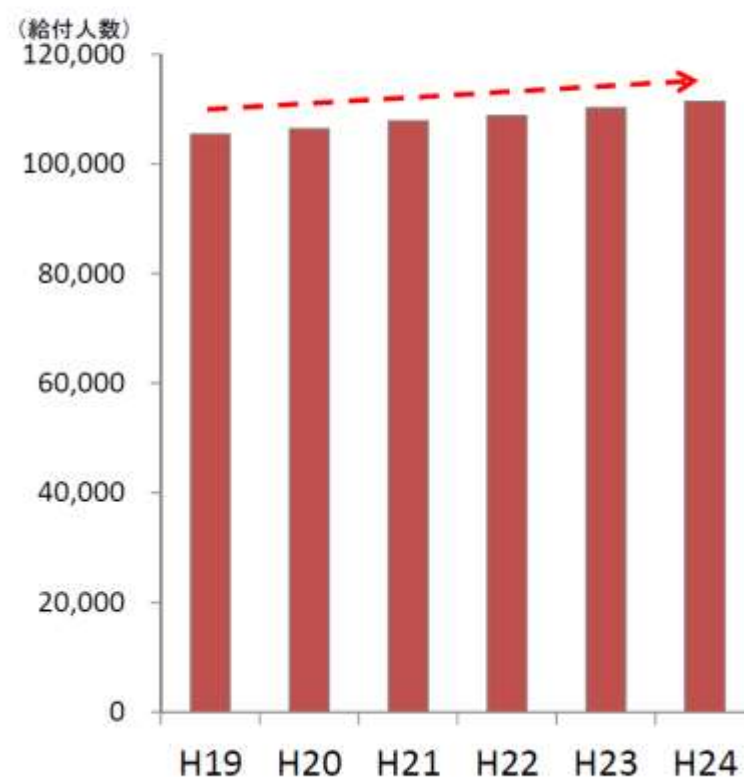
中医協 総-3
29. 1. 11

○ 在宅人工呼吸指導管理料の算定回数(15歳未満)や小児慢性特定疾病の給付人数は増加又は微増しており、長期にわたり療養を要する児童の数は増加していく傾向にある。

<在宅人工呼吸指導管理料算定回数(15歳未満)>



<小児慢性特定疾患治療研究事業の給付人数>



138

出典: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)、雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ

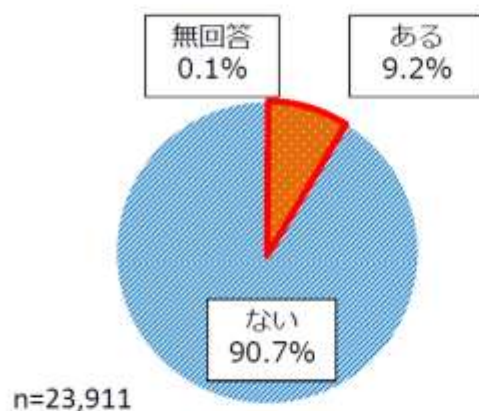
中央社会保険医療協議会総会(2017年11月10日)資料

小児に対する在宅薬剤管理について

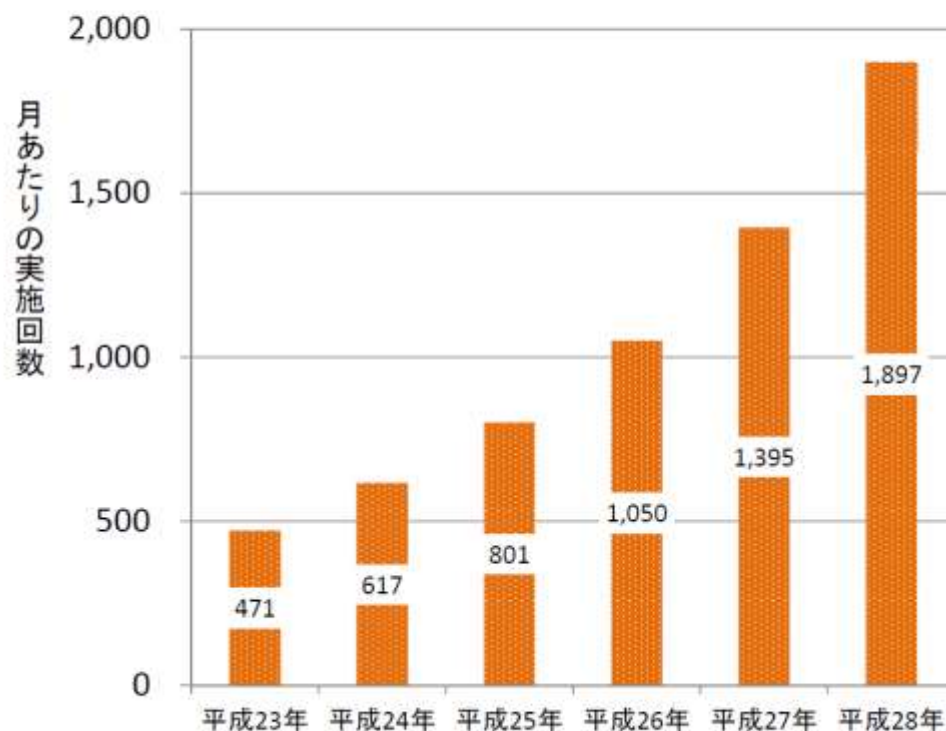
○ 小児(6歳未満)の在宅業務を実施している薬局は限られるが、小児に対する在宅患者訪問薬剤管理指導を算定する回数が伸びており、薬局薬剤師が小児の在宅患者に対して積極的に関与してきている。

➤ 小児の在宅業務の経験の有無(薬局調査)

➤ 15歳未満の小児に対する在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数



出典)平成28年度医療課委託調査(薬局の機能に係る実態調査)



139

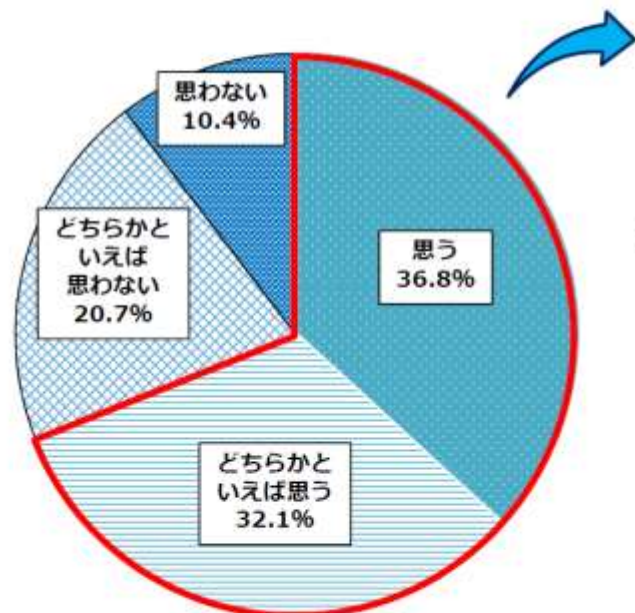
出典)社会医療診療行為別統計より保険局医療課にて作成

中央社会保険医療協議会総会(2017年11月10日)資料

小児在宅に対する薬局薬剤師の業務負担

○ 外来での小児の服薬指導と比べて、在宅での業務負担が大きいと「思う」「どちらかといえば思う」との回答は68.9%であり、その理由について、「服薬方法が特殊(経管投与など)な場合があること」が最も多く、次いで「使用薬剤が特殊な場合があること」、「家族への手厚い説明が必要であるところ」などであった。

外来と在宅での小児の服薬指導を比べた時に
在宅のほうが業務負担が大きいと思うか

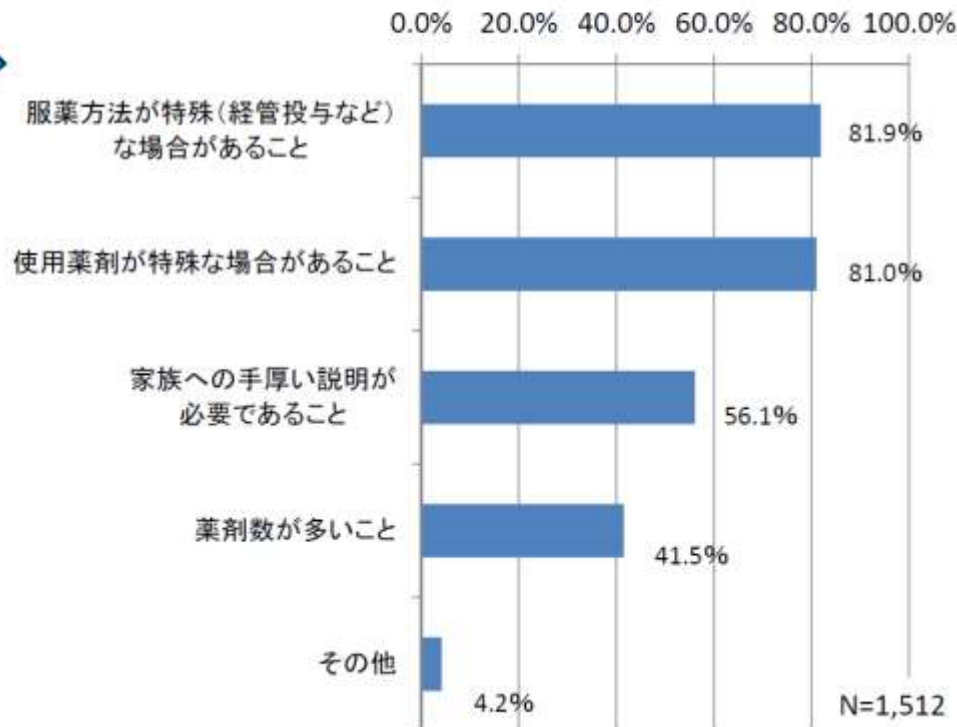


n=2,195

※薬局調査

出典)平成28年度医療課委託調査(薬局の機能に係る実態調査)

服薬指導において在宅のほうが業務負担が大きいと思う理由



N=1,512

140

個別改定項目について

黒字：医科 赤字：調剤 青字：共通（医科・調剤）

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

Ⅳ－２ 薬局における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 処方料等及び処方箋様式の見直し

Ⅳ－４ いわゆる門前薬局の評価の見直し

薬局における後発医薬品の使用促進

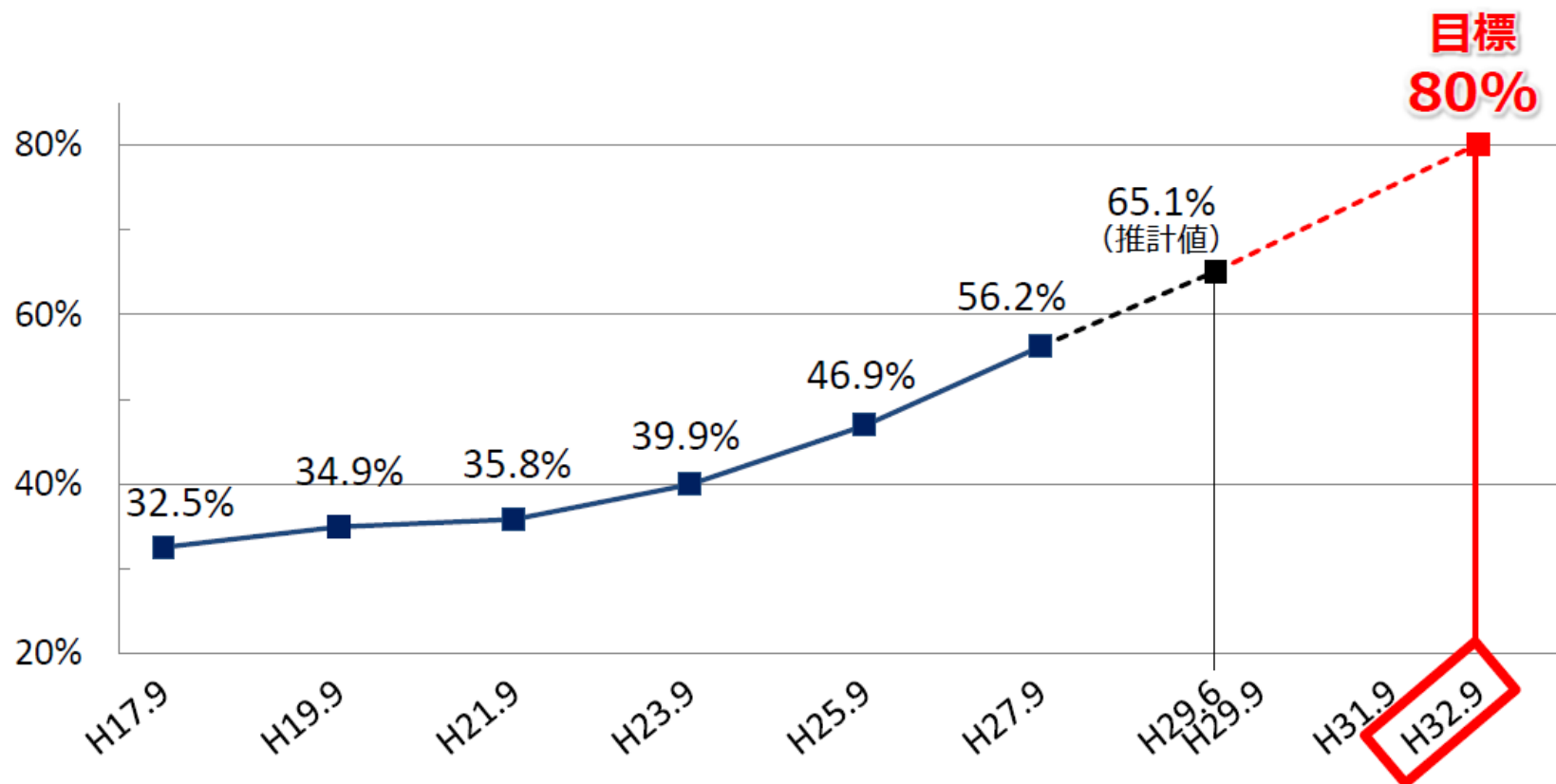
第1 基本的な考え方

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。

後発医薬品の数量シェアの推移と目標

平成29年6月14日中央社会保険医療
協議会 薬価専門部会資料数量シェア
目標
(骨太方針2017)

- **2020年（平成32年）9月**までに、後発医薬品の使用割合を**80%**とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

厚生労働省調べ

70

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発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。

現行		
調剤数量割合	65%以上	18点
	75%以上	22点



改定後		
調剤数量割合	<u>75%以上</u>	18点
	<u>80%以上</u>	22点
	<u>85%以上</u>	<u>26点</u>

- 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。

(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

ただし、以下の場合は含まない。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

- 薬局における後発医薬品の数量シェア



※1:「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。

※2:「新指標」=〔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)〕(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

71

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

後発医薬品調剤体制加算の見直し

改定前

(注)改定前、改定後ともに
いわゆる“カットオフ値”
50%以上の要件もある

後発医薬品調剤体制加算2
22点(数量割合75%以上)

▲4点

後発医薬品調剤体制加算1
18点(数量割合65%以上)

▲18点

改定後

後発医薬品調剤体制加算3
26点(数量割合85%以上)

後発医薬品調剤体制加算2
22点(数量割合80%以上)

後発医薬品調剤体制加算1
18点(数量割合75%以上)

数量割合75%未満では
算定できない

後発医薬品の数量割合の目標が、70%から80%(骨太方針2017)に引き上げられたことから、算定要件も70%基準から80%基準に引き上げられた。

後発医薬品調剤体制加算の算定状況

平成29年3月時点で、後発医薬品調剤体制加算2及び加算1を算定する薬局はそれぞれ33.1%、32.1%であり、基準を引き上げる前(平成28年3月)と比べると加算2の対象はやや少ないものの、同程度の薬局が加算対象となっている。

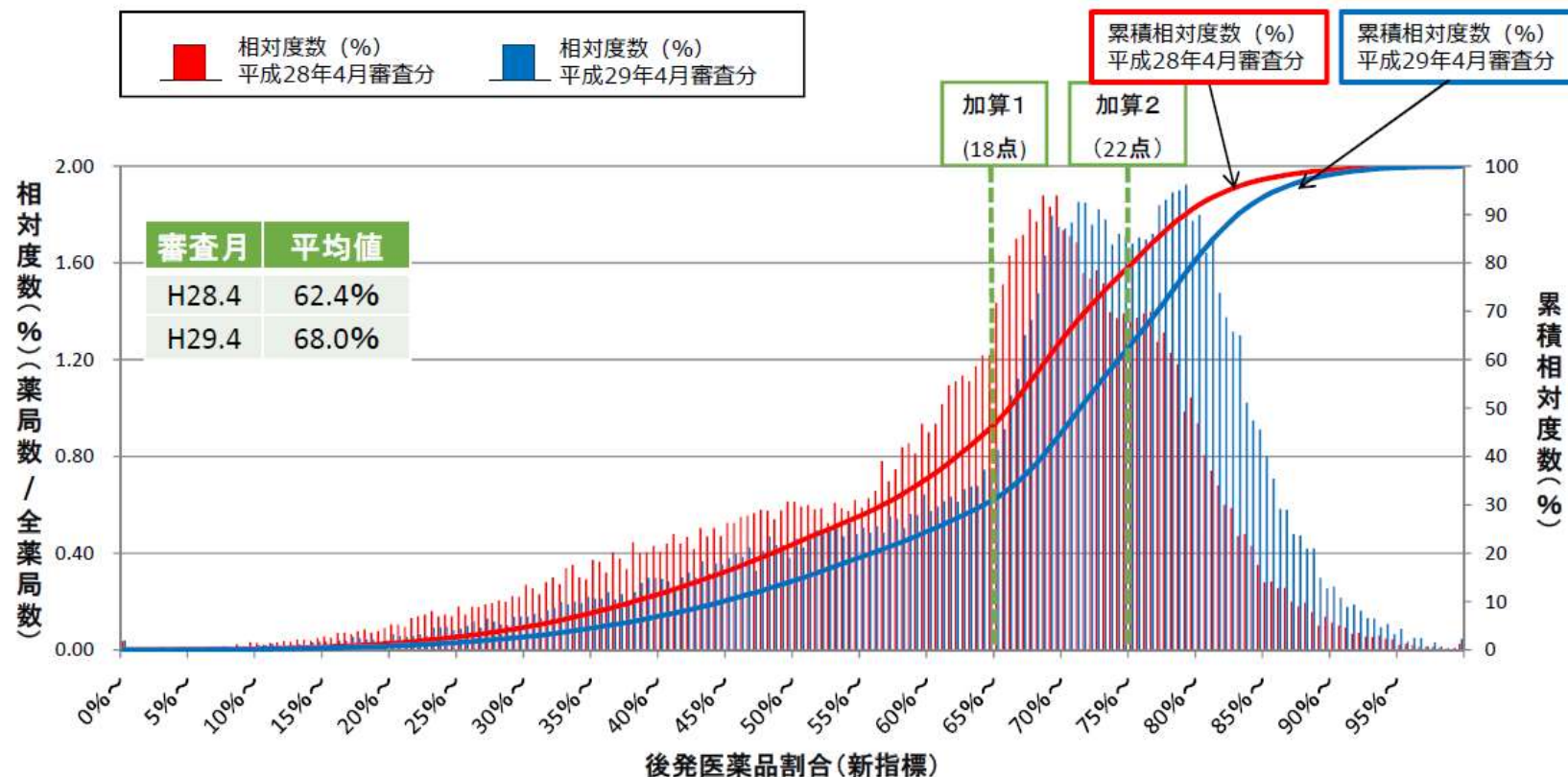
➤ 薬局における後発医薬品調剤体制加算の算定割合



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28年度後発医薬品調剤体制加算の見直しによる影響

○ 薬局における後発医薬品の調剤割合は増加している。



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28年3月分(4月審査分)及び平成29年3月分(4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) 〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕=0となる薬局については、集計対象から除外している。

80 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)

中央社会保険医療協議会総会(2017年11月1日)資料

後発医薬品使用体制加算の見直し

- 一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	3点
一般名処方加算2	2点



改定後	
一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

現行	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点



改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点



改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)

個別改定項目について

黒字：医科 赤字：調剤 青字：共通（医科・調剤）

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

Ⅳ－２ 薬局における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 処方料等及び処方箋様式の見直し

Ⅳ－４ いわゆる門前薬局の評価の見直し

処方料等及び処方箋様式の見直し

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。

分割調剤の手続きの明確化①

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号 保険者番号

公費負担医療の受給者番号 被保険者証・被保険者手帳の番号・番号

氏名 生年月日 年 月 日 男・女 区分 保険者 被保険者

処方箋の発行年月日 平成 年 月 日 処方箋の使用期間 平成 年 月 日

処方箋の処方内容

Rp1【軟】○○○○○錠内服薬 20mg 1日2回 朝食後服用 2錠 28日分 (総投与日数56日)

Rp2【軟】○○○○○錠500mg 1日2回 朝食後服用 3錠 28日分 (総投与日数84日)

以下 余白

保険医署名 (「処方」欄に「レ」又は「メ」を記載した場合は、署名は必要としない。)

調剤年月日 平成 年 月 日 公費負担者番号

保険薬局の所在地 公費負担医療の受給者番号

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この処方箋は、日本工業規格 A 用と準拠すること。
3. 処方箋の発行及び公費負担医療に関する受発の機軸に於ける番号(調剤年月日番号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の提供医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の提供医氏名」と読み替えるものとする。

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に相当するかを右上の所要欄に記載する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

分割指示に係る処方箋(別紙)

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 0XX-XXXX-XXXX FAX番号 0XX-XXXX-XXXX

その他の連絡先 メールアドレス: XXXXX@XX.XX.jp

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局 1回目の分割指示に基づき 28日分を調剤

名称 △△薬局

所在地 △△△△△△△△△△

保険薬剤師氏名 △△ △△

調剤年月日 平成30年5月1日

2回目を受け付けた保険薬局 (調剤済み)

名称 △△薬局

所在地 △△△△△△△△△△

保険薬剤師氏名 △△ △△

調剤年月日 平成30年5月29日

3回目を受け付けた保険薬局

名称

所在地

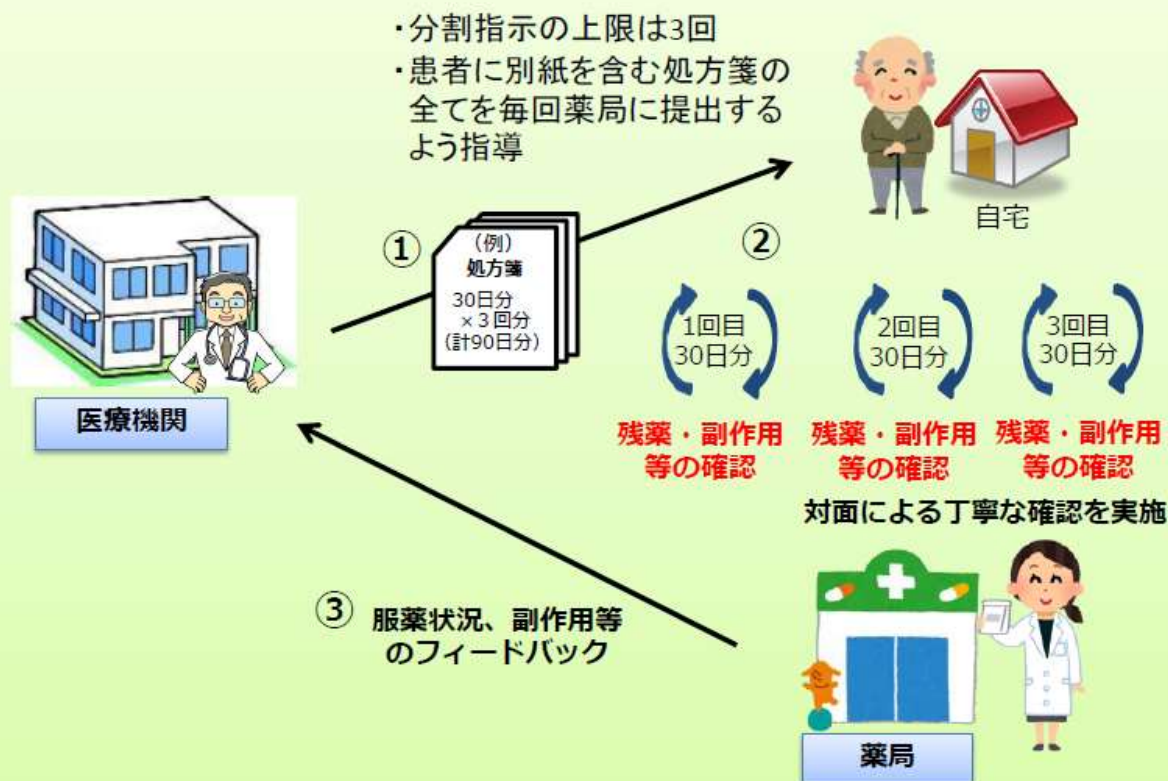
保険薬剤師氏名

調剤年月日

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

分割調剤の手続きの明確化②

分割調剤（例）



【分割調剤に係る留意事項】

ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参するべきであることを説明する。

イ 患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

ウ 患者から次回別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

【その他】

ア 別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

平成28年度診療報酬改定(医薬品の適正使用の推進)

長期投薬の取扱いの明確化【医科】

- 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、**分割指示に係る処方せんを交付する。**

薬局における分割調剤

- 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、**医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。**2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

〈上記分割調剤の算定例〉 ※90日分の処方を30日ごとに3回分割調剤を指示

○調剤基本料、調剤料、薬学管理料※

分割調剤しない場合(90日分調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとに**A/3点**

※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点

○薬剤料 ⇒ 分割調剤ごとに**30日分の薬剤料**



分割調剤の処方せんの記載事項と様式

- 処方せん1枚では記載できる部分が限られているが、分割調剤では記載する事項が多くなり、すべての記載が難しくなる場合もある。

処方方せん (この処方せんは、上の保険薬局でも有効です。)																		
公費負担者番号				保 険 者 番 号														
公費負担医療の 受給者番号				被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号														
患 者	氏 名				保険医療機関の 所在地及び名称 電 話 番 号 保 険 医 生 名				照		点検表 番号		医療機関 コード					
	生年月日 明 入 期 平		年 月 日															
	区 分		被保険者		被扶養者		都道府県番号											
	交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの 使用期限		平成 年 月 日		特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4年以内(保険業 法に規定すること。									
処 方	変更不可		個々の処方箋について、医薬品製品名(ジェネリック製品名)への変更は差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。															
備 考	保険医署名				「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。													
保険薬局が調剤時に適宜を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) ☐ 保険医療機関～延薬照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関～情報提供																		
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号														
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬局薬剤主		照		公費負担医療の 受給者番号														

備考 1. 「処方」欄には、薬名、数量、用法及び用量を記載すること。
 2. この処方箋は、日本工業規格 A 4用紙を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する告示(昭和30年厚生省令第80号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

樣式第二号 (第二十三条関係)



分割調剤後

調剤日、調剤量

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。処方箋の手書きによる追記や訂正はすべて無効です。)

公費負担番号	保険者番号	保険者証・保険者手帳の記号・番号

氏名	
生年月日	
区分	
交付年月日	

変更不可

個々の処方せんについて、後述医薬品(シネネックス製薬品)への変更と差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「/」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

処方せんの
使用期限

RP01	ペンタサ錠 (500mg)	6錠
	★分2 (朝、夕) 食後	99
RP02	ビスリ配合錠	12錠
	★分2 (朝、夕) 食後	99
	以下余白	

3/5 10日分合計10錠
 3/7 10日分合計10錠
 3/17 10日分合計10錠
 3/28 10日分合計10錠
 4/9 10日分合計10錠

(注意) 他薬は薬量(丸数)で処方する場合はmg単位、錠剤(円筒)で処方する場合は錠単位で記入すること。

4/18 10日分合計10錠
 4/6 10日分合計10錠
 4/9 10日分合計10錠
 10日分合計40錠

7
 2
 2

調剤済年月日

平成 年 月 日

公費負担

保険薬局の所在地及び名称
 保険薬局師氏名

保険医署名
 (シ)又は「」を記載し、
 へ送信

調剤した薬剤師の押印

平成28年度診療報酬改定（処方せん様式の見直し）

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

- 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

- ① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。
- ② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、
 - a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - b. 医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

処 方 せ ん											
〔この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。〕											
公費負担番号				保 険 者 番 号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手続の番号・番号							
氏 名		性別		生年月日		年齢		保険医療機関の所在地及び名称		電話番号	
区 分		被保険者		被扶養者		都道府県番号		診療科目		保険医氏名	
交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの使用期限		平成 年 月 日		☐ 既に処方せんの交付がある場合は、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
変更不可		個々の処方箋について、保険薬局（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は捺印すること。									
処 方											
方											

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供

考											
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供											
調剤年月日				平成 年 月 日				公費負担番号			
保険薬局の所在地及び名称				公費負担医療の受給者番号							

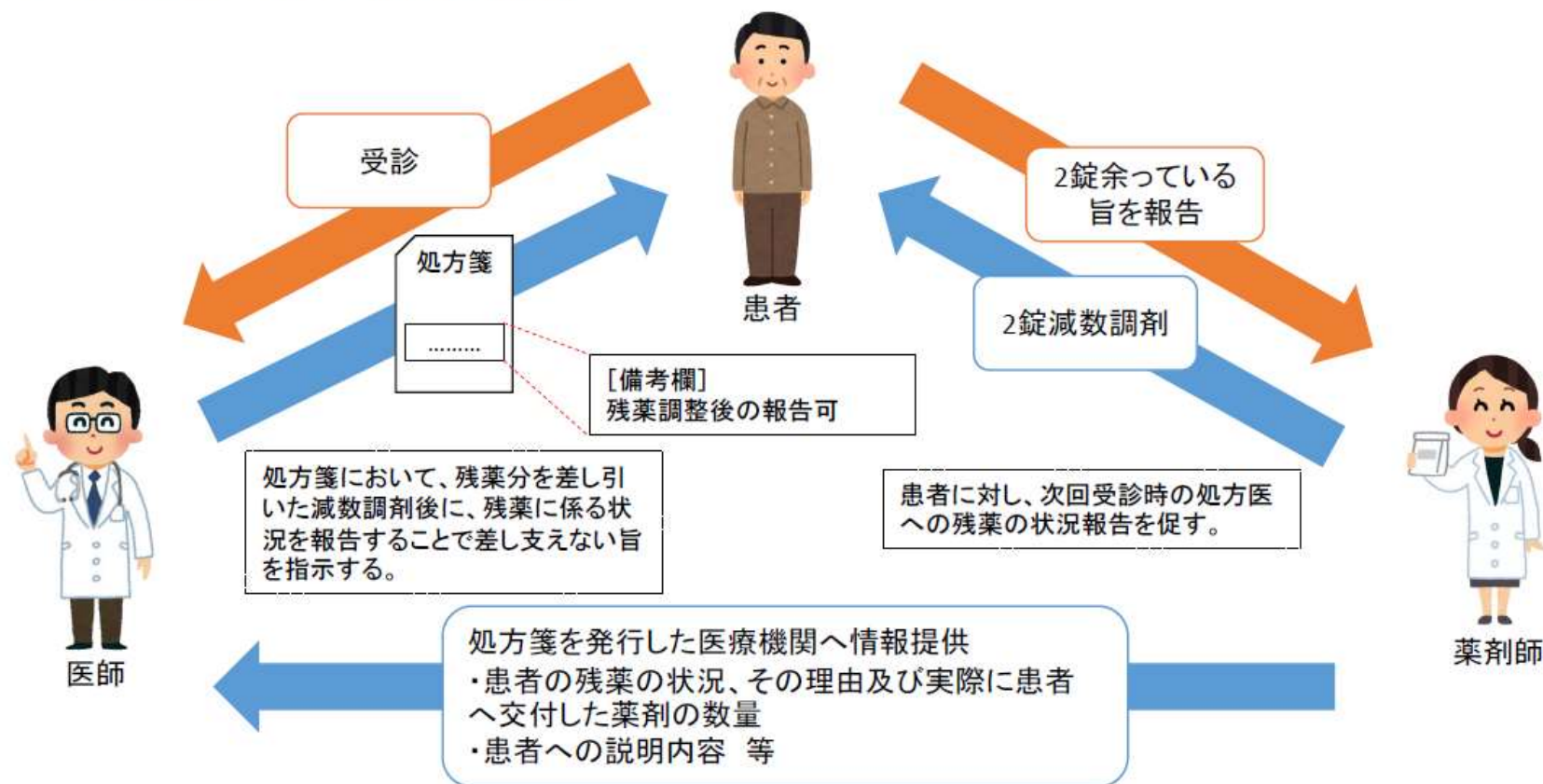
備考：1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 JIS X 5035 を準拠すること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に際しては、令和21年度（令和21年）第1回の公費負担医療について、「（保険医療機関）」にあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と「（保険医氏名）」にあるのは「公費負担医療の担当医師」と読み替えるものとする。

残薬調整に係る取扱い

残薬分を差し引いた減数調剤に係る取扱いについて以下のように明確化する

残薬分を差し引いた減数調剤: 薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務。

○残薬分を差し引いた減数調剤(例)



個別改定項目について

黒字：医科 赤字：調剤 青字：共通（医科・調剤）

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

Ⅳ－２ 薬局における後発医薬品の使用促進

Ⅳ－２ 処方料等及び処方箋様式の見直し

Ⅳ－４ いわゆる門前薬局の評価の見直し

いわゆる門前薬局の評価の見直し

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。

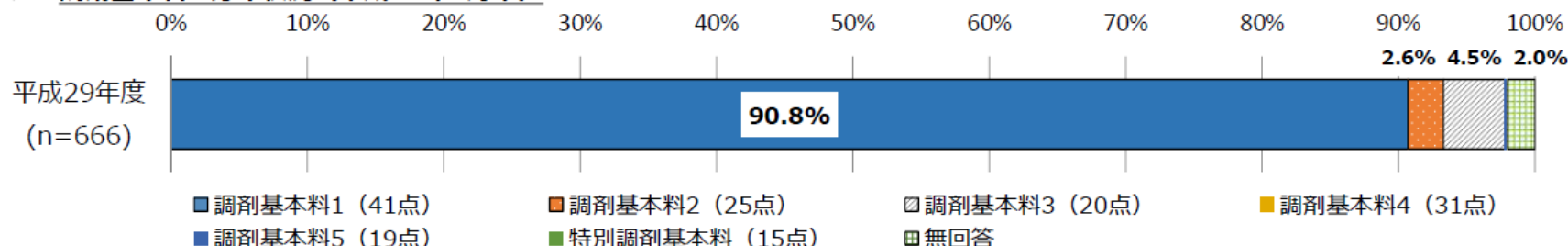
いわゆる門前薬局の評価の見直し

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。

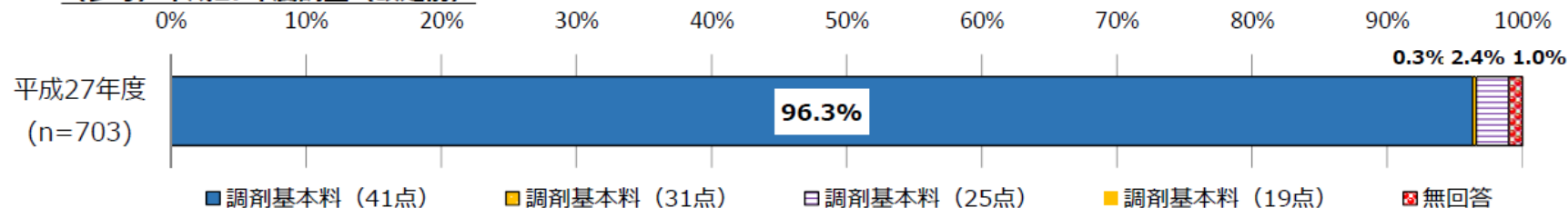
調剤基本料の算定回数と分布

○ 平成29年6月時点において、調剤基本料 1 を算定している薬局は90.8%、調剤基本料 2 は2.6%、調剤基本料 3 は4.5%であり、改定前と比べ特例対象の薬局は増加した。算定回数の割合でみると、平成28年6月時点では調剤基本料 2 及び 3 はそれぞれ8%程度であった。

調剤基本料の分布状況（平成29年6月末）



(参考) 平成27年度調査（改定前）



調剤基本料の算定回数（平成28年度）

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査） 後発医薬品の使用状況調査

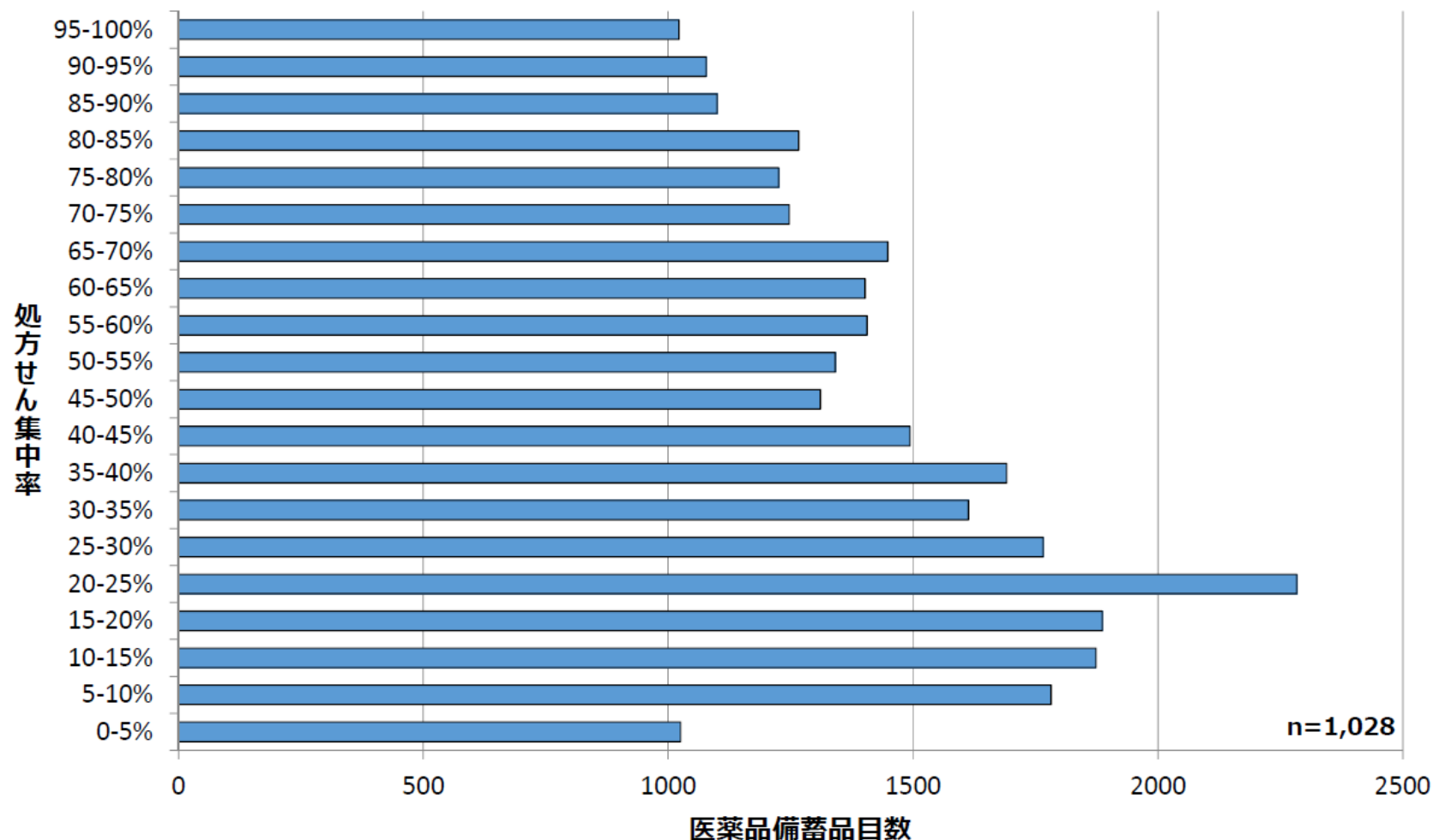
	点数	算定回数	割合
調剤基本料計		63683355	
調剤基本料 1	41	53111870	83.4%
調剤基本料 2	25	5277562	8.3%
調剤基本料 3	20	5202895	8.2%
調剤基本料 4	31	2115	—
調剤基本料 5	19	—	—
特別調剤基本料	15	88910	0.1%

出典) 社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分） 44

中央社会保険医療協議会総会（2017年12月8日）資料

薬局における医薬品等の備蓄状況（集中率別）①

○ 集中率が高いほど、医薬品の備蓄品目数は少ない傾向にある。



医薬品備蓄品目数

45

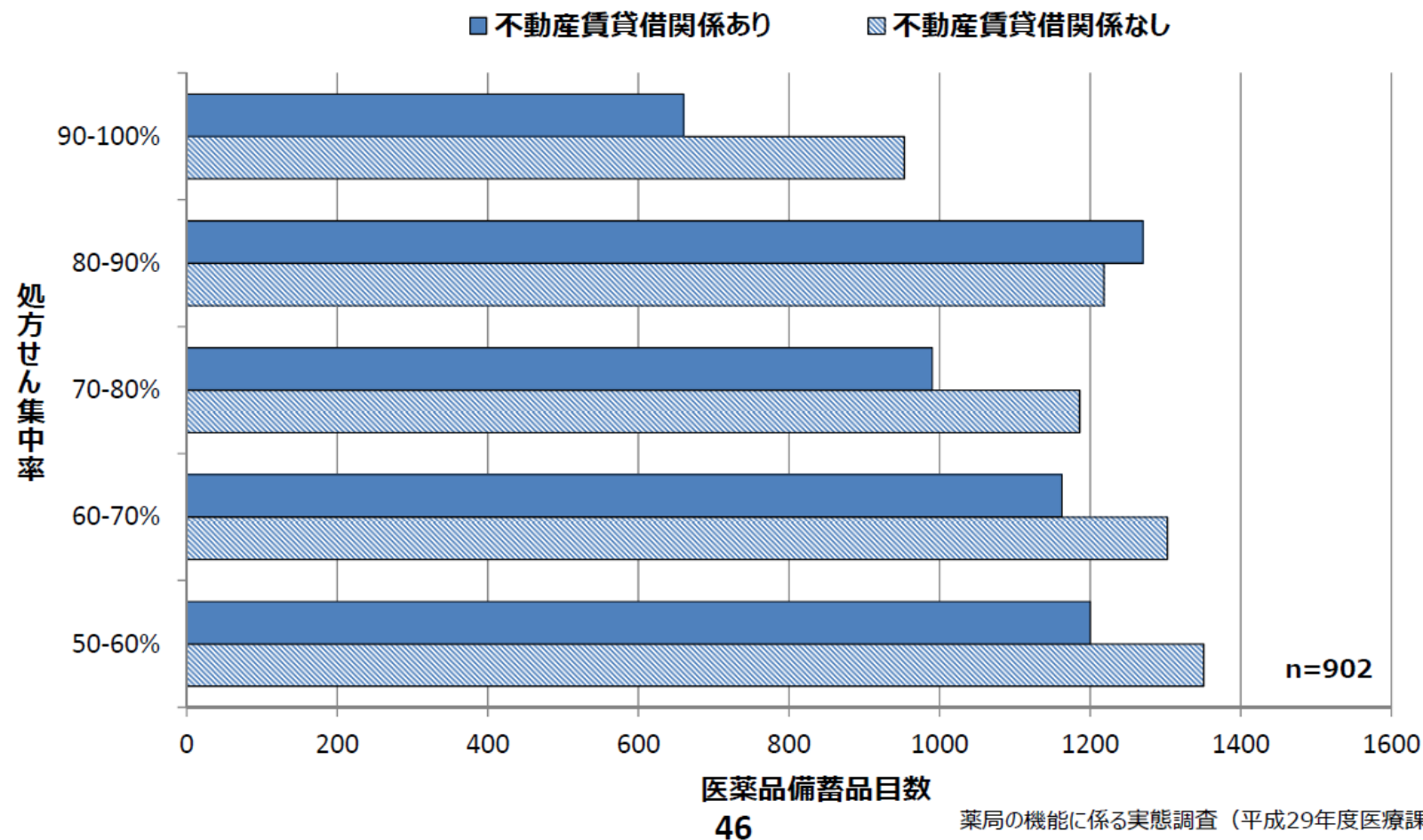
第21回医療経済実態調査より医療課作成

中央社会保険医療協議会総会(2017年12月8日)資料

薬局における医薬品等の備蓄状況（集中率別）②

○ 医療機関と不動産の賃貸借関係がある薬局では、他の薬局と比較して同じ集中率でも医薬品の備蓄品目数が少ない傾向が見られる。

医療機関との不動産賃貸借関係の有無別医薬品備蓄品目数



薬局の機能に係る実態調査（平成29年度医療課委託調査）
中央社会保険医療協議会総会（2017年12月8日）資料

1 店舗あたりの保険薬局の店舗別損益状況

○ 同一法人の保険薬局の店舗は、多店舗化するにつれ収益率が高くなる傾向がある。

1店舗あたりの状況	同一法人の保険薬局の店舗数			
	1店舗	2～5店舗	6～19店舗	20店舗以上
I. 収益	150,076	157,490	154,771	220,134
II. 介護収益	79	186	648	563
III. 費用	144,444	151,440	142,442	194,036
1. 給与費	32,500	30,871	28,493	29,514
2. 医薬品等費	95,374	105,641	99,781	141,903
IV. 総損益差額 (構成比率 ; %)	5,710 (3.8%)	6,235 (4.0%)	12,976 (8.3%)	26,661 (12.1%)

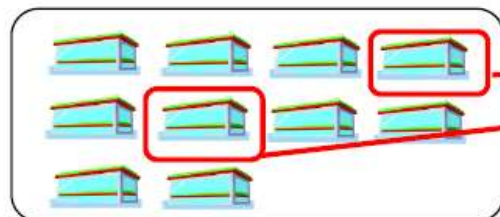
(単位：千円)

〔出典〕第21回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告

いわゆる門前薬局等の評価の見直し①(特例の拡大)

- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、
①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の
調剤基本料を引き下げる。また、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。

【薬局グループ】 ⇒ グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超



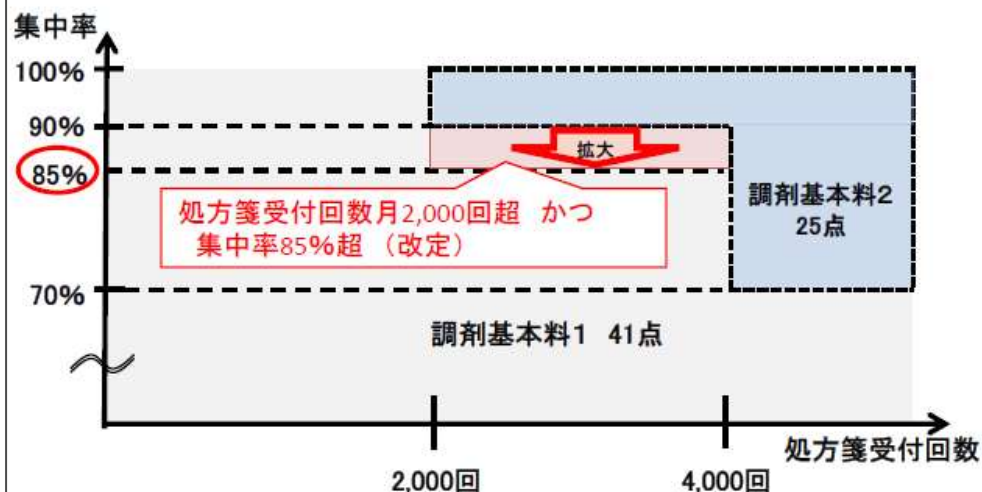
調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下) 20点

- ①処方箋集中率が95%超の薬局 ⇒ **集中率が85%超の薬局(改正)**
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

(新)調剤基本料3-ロ (グループ全体40万回超) 15点

- ①処方箋集中率が85%超の薬局
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局

- 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点

- ・処方箋受付回数月4,000回超 かつ 集中度70%超
- ・処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度90%超
- ⇒ **処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度85%超 (改正)**

調剤基本料2 25点

- ・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超 (集中度にかかわらず対象)

上記に以下の場合を追加

- 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月4,000回を超える場合。
- 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月4,000回を超える場合。

いわゆる門前薬局等の評価の見直し②

同一敷地内薬局の評価の見直し

- 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（特別調剤基本料）

（新）特別調剤基本料 10点

〔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95%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

医療資源の少ない地域の薬局

- 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。

〔調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準〕

- (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70%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。

- その他、処方箋集中率の算出に当たり同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋は、除外する。

75

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

いわゆる同一敷地内薬局の施設基準

施設基準

病院である保険医療機関との間で不動産取引があることその他の特別な関係を有しているものとして、次のアからエまでのいずれかに該当し、かつ、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が95%を超えること。

- ア 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある（当該保険医療機関が所有する不動産を当該保険薬局以外の者が賃借し、当該不動産を利用して開局している場合を含む。）
- イ 当該保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）
- ウ 当該保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している
- エ 当該保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局した

留意事項

- (1) アの「不動産の賃貸借取引関係」については、調剤基本料3の場合に準じて取り扱う。
- (2) イは、平成28年10月1日以降に病院である保険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に適用することとし、譲り受けた者が更に別の者に譲り渡した場合を含め、譲り受けた者にかかわらず適用する。
- (3) ウは、保険薬局が有する会議室等の設備について、特定の病院である保険医療機関に対する貸与時間の割合がそれ以外のものへの貸与時間全体の3割以上である場合であること。ただし、災害等の発生により、緊急にやむを得ず当該保険医療機関に貸与した場合は、当該貸与に係る時間は含めない。
- (4) エは、平成28年10月1日以降に開局した場合に限るものとする。
- (5) エは、開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合についても適用する。

医療資源が少ない地域の薬局に対する特例

○ 以下の①～③の基準に該当する保険薬局は、調剤基本料1を算定する。

① 医療を提供しているが医療資源の少ない地域(施設基準告示別表第六の二)に所在

② 処方箋受付回数が1月に2,500回以下

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
薬局A: 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

すべて集中率70%以下

集中率70%超の
医療機関がある

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
薬局B: 中学校区内の医療機関に医療機関Aを加えて
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

※歯科のみの医療機関は含まない

- ・当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。
- ・当年4月1日から翌年3月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

調剤基本料

改定案	施設基準	点数	50/100減算※
調剤基本料1	調剤基本料2、3のイ、3のロまたは特別調剤基本料(1)に該当しない、または医療提供体制が特に限定的な地域に所在する薬局	41点	21点
調剤基本料2	調剤基本料3のイ、3のロまたは特別調剤基本料(1)に該当しない薬局で、①～④のいずれかに該当 ① 受付回数が月4,000回超かつ集中度70%超 ② 受付回数が月2,000回超かつ集中度85%超 ③ 特定医療機関(薬局が所在する建物内の複数医療機関は合算)の処方箋が月4,000回超 ④ 特定医療機関(同一グループで最も集中度が高い医療機関が同一の場合は、他の薬局の回数を含む)の処方箋が月4000回超	25点	13点
調剤基本料3 のイ	調剤基本料3のロまたは特別調剤基本料(1)に該当しない、同一グループ内の受付回数が月4万回超40万回以下の薬局で、①②のいずれかに該当 ① 集中度が85%超 ② 特定の医療機関と不動産の賃貸借関係にある	20点	10点
調剤基本料3 のロ	特別調剤基本料(1)に該当しない、同一グループ内の受付回数が月40万回超の薬局で①②のいずれかに該当 ① 集中度が85%超 ② 特定の医療機関と不動産の賃貸借関係にある	15点	8点
特別調剤基本料	(1)病院と不動産取引等その他の特別な関係にある薬局で、その病院の集中度95%超 (2)調剤基本料1、2、3のイ、3のロいずれにも該当しない	10点	5点

※(1)～(3)のいずれかに該当

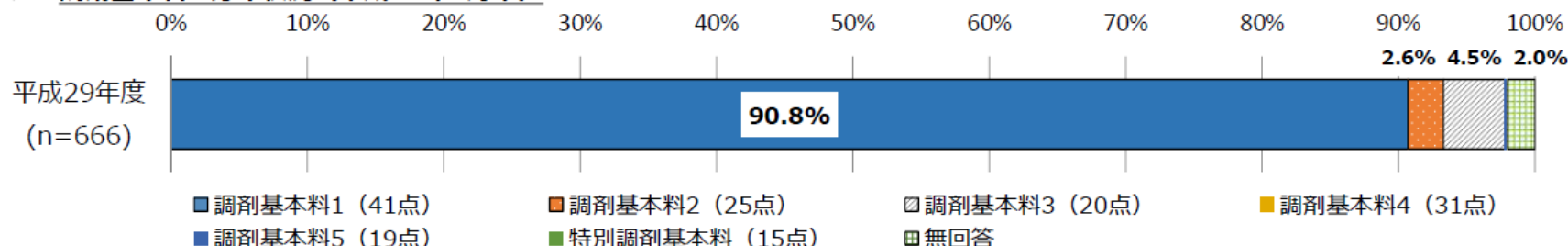
(1)妥結率5割以下、(2)妥結率、単品単価契約率、一律値引き契約について報告していない

(3)かかりつけ機能に係る業務を1年間実施していない(ただし受付回数月600回以下を除く)

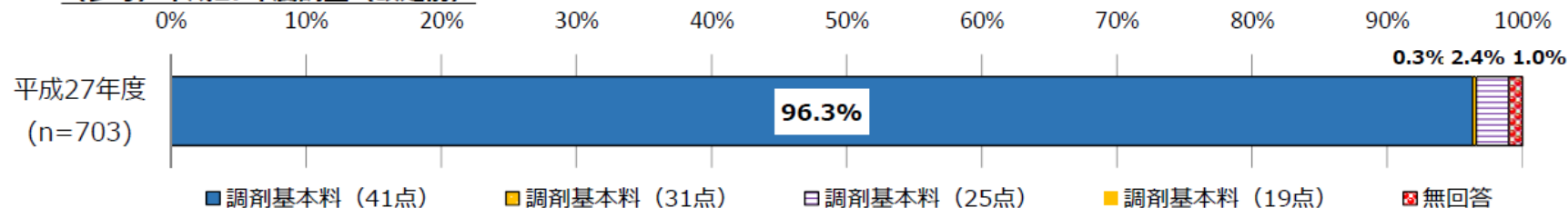
調剤基本料の算定回数と分布

○ 平成29年6月時点において、調剤基本料 1 を算定している薬局は90.8%、調剤基本料 2 は2.6%、調剤基本料 3 は4.5%であり、改定前と比べ特例対象の薬局は増加した。算定回数の割合でみると、平成28年6月時点では調剤基本料 2 及び 3 はそれぞれ8%程度であった。

調剤基本料の分布状況（平成29年6月末）



（参考）平成27年度調査（改定前）



調剤基本料の算定回数（平成28年度）

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査） 後発医薬品の使用状況調査

	点数	算定回数	割合
調剤基本料計		63683355	
調剤基本料 1	41	53111870	83.4%
調剤基本料 2	25	5277562	8.3%
調剤基本料 3	20	5202895	8.2%
調剤基本料 4	31	2115	-
調剤基本料 5	19	-	-
特別調剤基本料	15	88910	0.1%

出典）社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分） 44

中央社会保険医療協議会総会（2017年12月8日）資料

未妥結減算の見直し

- 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。
- 保険薬局の調剤基本料等について、簡素化も考慮し、未妥結減算及び薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の減算を統合する。

【現行】

調剤基本料		50/100減算 (適用された場合)
通常	調剤基本料1 41点	21点
特例	調剤基本料2 25点	13点
	調剤基本料3 20点	10点
	調剤基本料4 31点 (基本料1の未妥結減算)	16点
	調剤基本料5 19点 (基本料2の未妥結減算)	10点
	特別調剤基本料 15点 (基本料3の未妥結減算)	8点



【見直し後】

調剤基本料		未妥結減算、妥結 状況報告なし、50 /100減算 (適用された場合)
通常	調剤基本料1 41点	21点
特例	調剤基本料2 25点	13点
	調剤基本料3-イ 20点	10点
	調剤基本料3-ロ 15点	8点
	特別調剤基本料 10点 (同一敷地内、届出なし)	5点

参考

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

- 1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

- 3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。**83**

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(医療と介護の連携)

9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、

- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
 - ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
 - ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

(データの利活用)

11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。

13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

14 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見③

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(後発医薬品の使用促進)

15 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(薬価制度の抜本改革)

16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。

また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

(費用対効果評価)

17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

(明細書の無料発行)

18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

(その他)

20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

6. 地方厚生局への届出と報告

特掲診療料の施設基準等の告示で届出が必要な項目①

▶ 特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）

☐ は、地方厚生局に届出（報告）が必要な項目。

第十五 調剤	届出（報告）日	届出内容、届出様式
一 調剤基本料の施設基準 (1) 調剤基本料1の施設基準 (2) 調剤基本料2の施設基準 (3) 調剤基本料3のイの施設基準 (4) 調剤基本料3のロの施設基準	平成30年4月（届出） 毎年7月（報告）	・「処方せんの受付回数」「特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」「グループ全体の処方せん受付回数」等 ・通知※の第2の4に基づき適用。 調剤基本料1 算定薬局で平成30年4月以降も引き続き調剤基本料1を算定する薬局は改めて届出する必要なし
二 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準（医療資源の少ない地域）	平成30年4月（届出） 毎年7月（報告）	・「特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」「当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報」等 ・通知※の第2の4に基づき適用。
二の二 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 (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、かつ集中度95%	平成30年4月（報告） 毎年7月（報告）	・「病院との不動産取引等があることその他の特別な関係の有無」等 ・通知※の第2の4に基づき適用。
三 調剤基本料の注3に規定する保険薬局 (1) 妥結率が5割以下の薬局 (2) 妥結率、単品単価契約率、一律値引き契約に係る状況を報告していない薬局 (3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局	平成30年4月（報告） 毎年7月（報告）	・「前年4月～9月末までの妥結率」「調剤基本料の注6の減算への該当性の有無」等 ・通知※の第2の4に基づき適用。 ※（2）は平成30年10～11月末の報告に基づき、平成31年度から適用
四 地域支援体制加算の施設基準	平成30年4月（届出） 毎年7月（報告）	・届出時の「地域に貢献する体制を有することを示す相当の実績」「直近3ヶ月間の後発医薬品の調剤割合」「特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」等。
五 後発医薬品調剤体制加算の施設基準 (1) 通則 (2) 後発医薬品調剤体制加算1 (3) 後発医薬品調剤体制加算2 (4) 後発医薬品調剤体制加算3	平成30年4月（届出） 毎年7月（報告）	・届け出時の直近3ヶ月間の後発医薬品の調剤割合。
五の二 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 (1) 後発医薬品の調剤割合が著しく低い薬局 (2) 後発医薬品の調剤割合を報告していない薬局	該当性変更の場合に報告 毎年7月（報告）	（処方箋受付回数が月600を超える薬局のみが対象） ・届け出時の直近3ヶ月間の後発医薬品の調剤割合等 ※平成30年10月から適用

※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30年3月5日保医発0305第●号）

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会（2018年3月5日開催）資料

特掲診療料の施設基準等の告示で届出が必要な項目②

➤ 特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）

☐ は、地方厚生局に届出（報告）が必要な項目。

第十五 調剤	届出（報告）日	届出内容、届出様式
六 無菌製剤処理加算の施設基準	毎年7月（報告）	・無菌処理施設、設備の状況等
七 自家製剤加算の除外規定薬剤	—	—
八 在宅患者調剤加算の施設基準	毎年7月（報告）	・届出時の直近1年間の在宅業務の実績等
九 在宅患者調剤加算の対象患者	—	—
十 特定薬剤管理指導加算の対象薬剤	—	—
十の二 適切な手帳の活用実績が相当程度認められない保険薬局	該当性変更の場合に報告 毎年7月（報告）	・薬剤服用歴管理指導料の特例への該当性の有無 * 平成31年度より適用
十一 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	毎年7月（報告）	・届出時点において、要件を満たす薬剤師の配置
十二 退院時共同指導料の特別規定患者	—	—
十三 在宅患者重複投薬・相互作用	—	—

※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30年3月5日保医発0305第●号）

88

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会（2018年3月5日開催）資料

施設基準の届出

以下の項目については、平成30年4月以降に当該点数を算定するために届出が必要
(平成30年3月31日において現に当該点数を算定している保険薬局も届出が必要)

➤ 新たに施設基準が創設されたもの

○調剤基本料の特例除外（注1のただし書に規定する届出）

○地域支援体制加算

➤ 施設基準が改正されたもの

○調剤基本料2、3のイ、3のロ（※平成30年3月31日現在で調剤基本料1
を算定しており、変更がない場合は届出不要）

○後発医薬品調剤体制加算1、2又は3

(参考)その他、新たに報告が必要となるもの

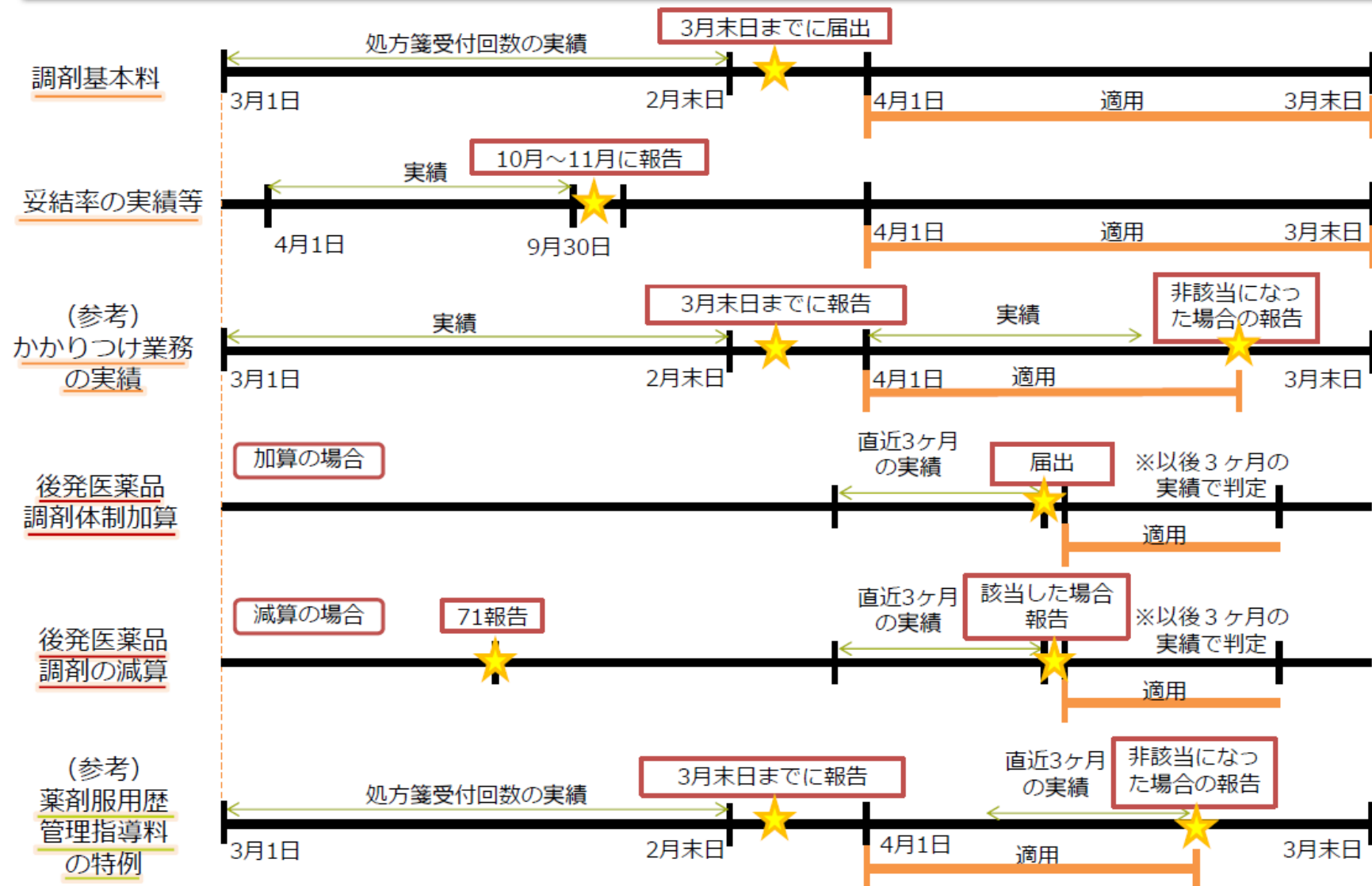
○特別調剤基本料（施設基準二の二（1）に該当する場合）

○後発医薬品調剤割合の報告（平成30年7月1日現在の報告により、減算規定を平成30年10月1日から適用）

○単品単価契約率、一律値引き契約に係る状況等の報告（平成30年11月末までの報告により、平成31年度から適用）

○薬剤服用歴管理指導料の特例（手帳の活用実績が低い場合のみ。平成30年4月から平成31年2月末までの実績をもとに平成31年度に適用）

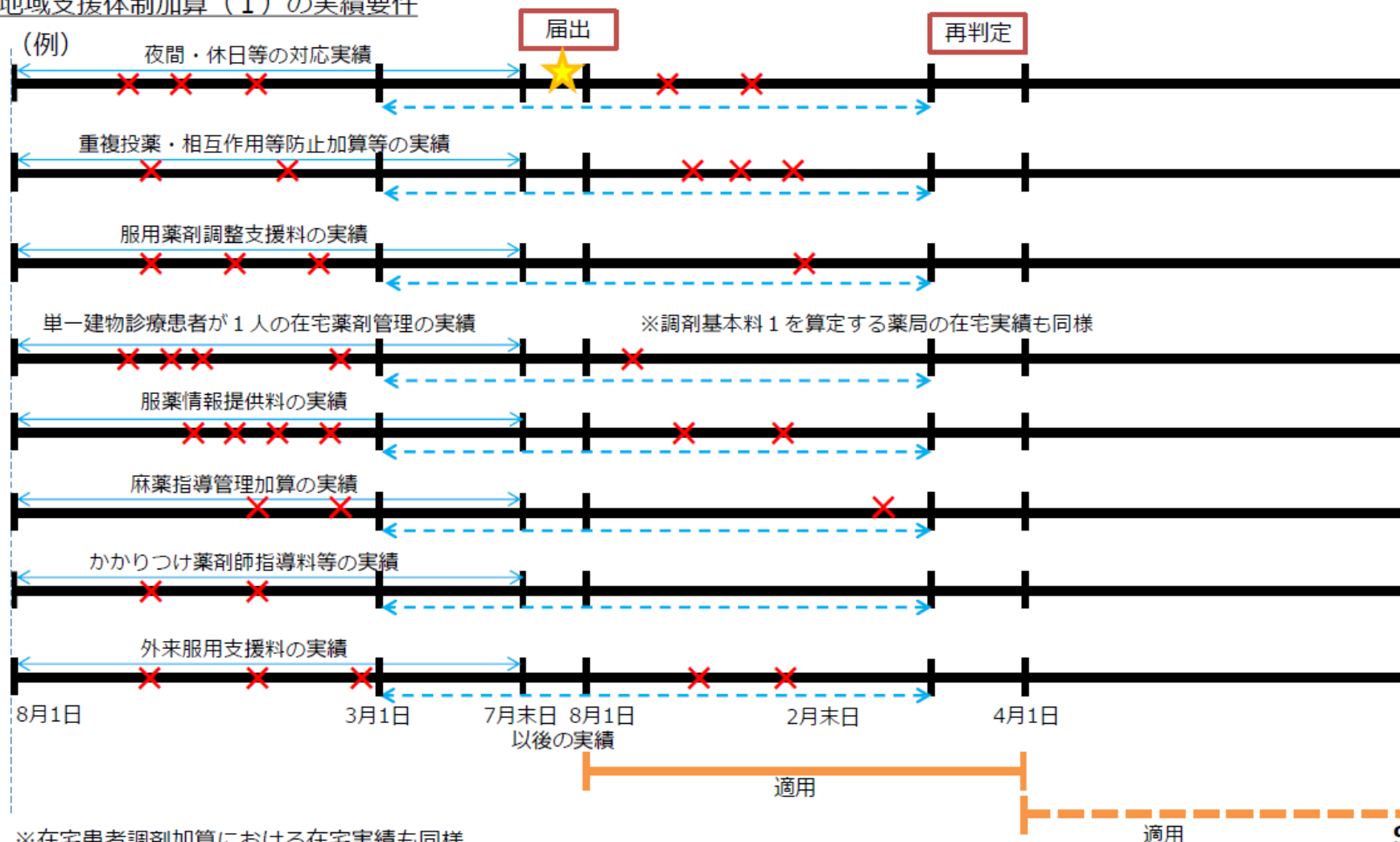
施設基準の届出(基本的な考え方)



施設基準の実績要件の適用期間

○ 新規に届出する場合は届出前1年の実績で判定する。以後、前年3月から当年2月までの実績により当年度に適用。

地域支援体制加算（1）の実績要件



※在宅患者調剤加算における在宅実績も同様

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

施設基準の届出について

お願い

- 平成30年4月1日から算定を行うためには、**平成30年4月16日(月曜日)必着**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますのでご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。



指導・監査に関するお願い

ご存じですか？ 調剤報酬請求における留意点

- 調剤報酬のルールをよく理解し、勝手な解釈に基づいて請求しないようにお願いします。

例えば、薬剤服用歴の記録(薬歴)については速やかに完了させるなど(薬歴を作成せずに薬剤服用歴管理指導料を請求することのないよう)、ルールに則った適切な取扱いをお願いします。

- 調剤報酬点数表をよく確認し、不明な点は厚生(支)局にお問い合わせください。
- 地方厚生(支)局が実施する説明会や指導に出席をお願いします。
- 施設基準の届出事項に変更が生じた場合には速やかに届出を行ってください。
- 個別指導を受けた保険医療機関において、医療コンサルタントが不正請求隠しを指南している等の報道がみられました。仮に、不正請求指南等に関する気づいたことがあれば、厚生(支)局に連絡をお願いします。

保険診療における指導・監査のホームページ

診療報酬請求に係るルールの理解を促進し、保険診療や保険調剤の質的向上や適正化の推進を図ることを目的に指導監査に関する情報が掲載されています。

〈主な内容〉

集団指導用資料、特定共同指導・共同指導における指摘事項、関係法令等

〈保険診療における指導・監査HP〉

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/shidou_kansa.html

以下は基本的な内容ですが、念のためのおさらいです。

保険調剤とは

- 健康保険法等の医療保険各法に基づく、保険者と保険薬局との間の公法上の契約である。
- 保険薬局の指定、保険薬剤師の登録は、医療保険各法等で規定されている保険調剤のルールを熟知していることが前提となっている。

保険調剤として調剤報酬が支払われるには

- ✓保険薬剤師が ✓保険薬局において ✓健康保険法、薬剤師法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令の規定を遵守し ✓『保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則』の規定を遵守し ✓薬学的に妥当適切な調剤を行い ✓調剤報酬点数表に定められたとおりに請求を行っている

『保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則』（厚生労働省令）



保険薬局や保険薬剤師が保険調剤を行う上で守らなければならない基本的な規則

95

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会（2018年3月5日開催）資料

保険薬剤師

- 保険薬局において健康保険の調剤に従事する薬剤師は、保険薬剤師でなければならない。
(健康保険法第64条)
- 薬剤師の申請に基づき厚生労働大臣が登録。(法第71条)
- 『厚生労働省令』で定めるところにより、健康保険調剤に当たらなければならない。
(法第72条)
- 保険薬剤師は、健康保険の調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。
(法第73条)

保険薬局

- 薬局の開設者の申請により厚生労働大臣が指定する。
(健康保険法第65条)
- 『厚生労働省令』で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない。
(法第70条)
- 療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。
(法第76条)

指導

- 「保険調剤の取扱い、調剤報酬の請求等に関する事項について周知徹底させること」
(指導大綱)
- 指導後の措置(個別指導の場合)
概ね妥当 < 経過観察 < 再指導 < 要監査

監査

- 「保険薬局の調剤内容又は調剤報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ること」(監査要綱)

指導、監査等実施状況(平成28年度)

- 監査を受けた保険医療機関・保険医等 74施設 263人
- 登録・指定の取消(取消相当含む)を受けた保険医療機関・保険医等 27施設 21人
- 指導、適時調査、監査により返還を求めた金額は約89億
(医科・歯科・調剤を含む)