

# 平成30年度調剤報酬改定の概要

## 【 薬 局 】

近畿厚生局

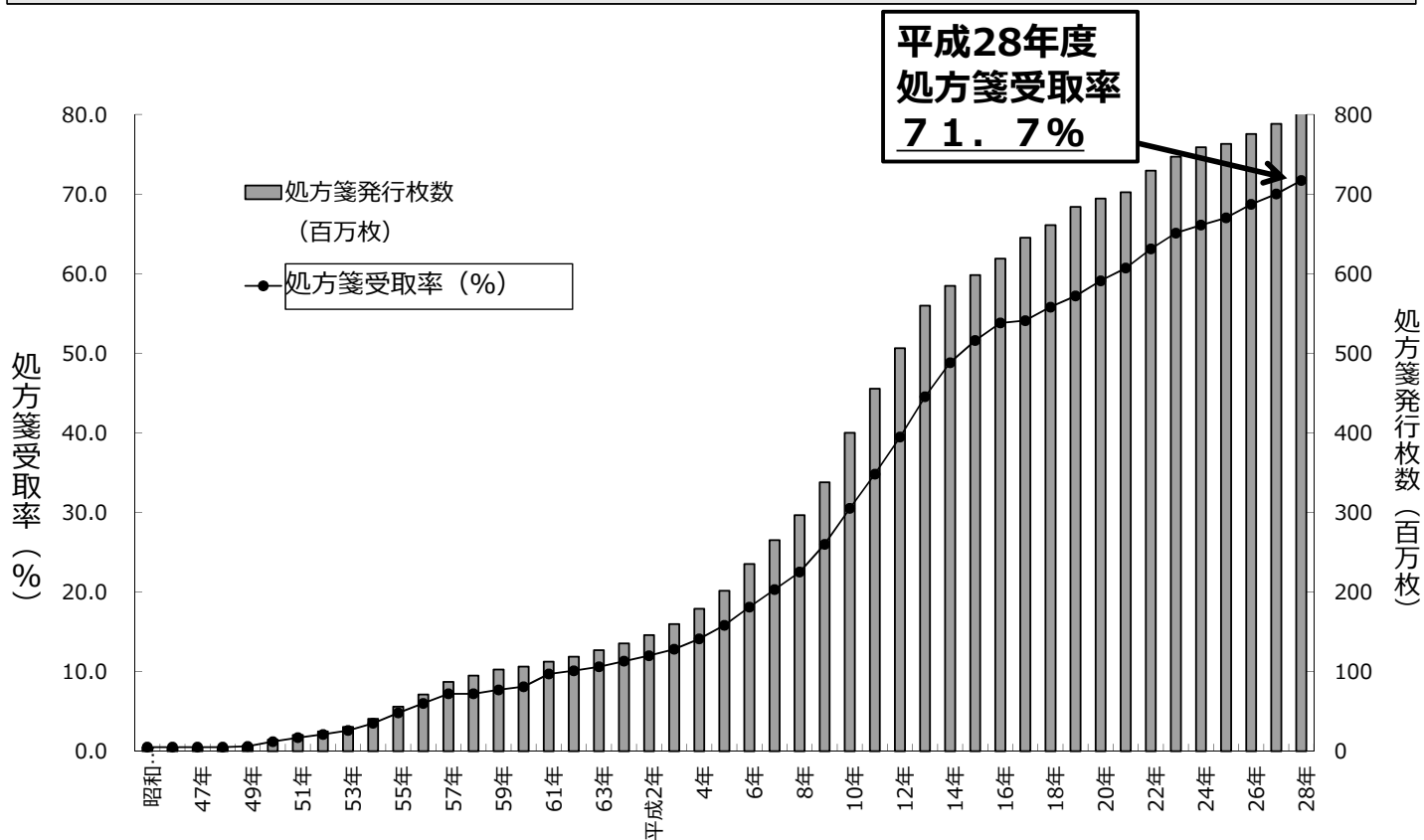
# 平成30年度調剤報酬改定の概要

1. かかりつけ薬剤師・地域医療に貢献する薬局の評価
2. 薬局における対人業務の評価の充実
3. 後発医薬品の使用促進
4. いわゆる門前薬局の評価の見直し
5. その他の調剤報酬改定事項
6. 地方厚生局への届出と報告

1

平成30年度診療報酬改定

## 処方箋受取率の年次推移

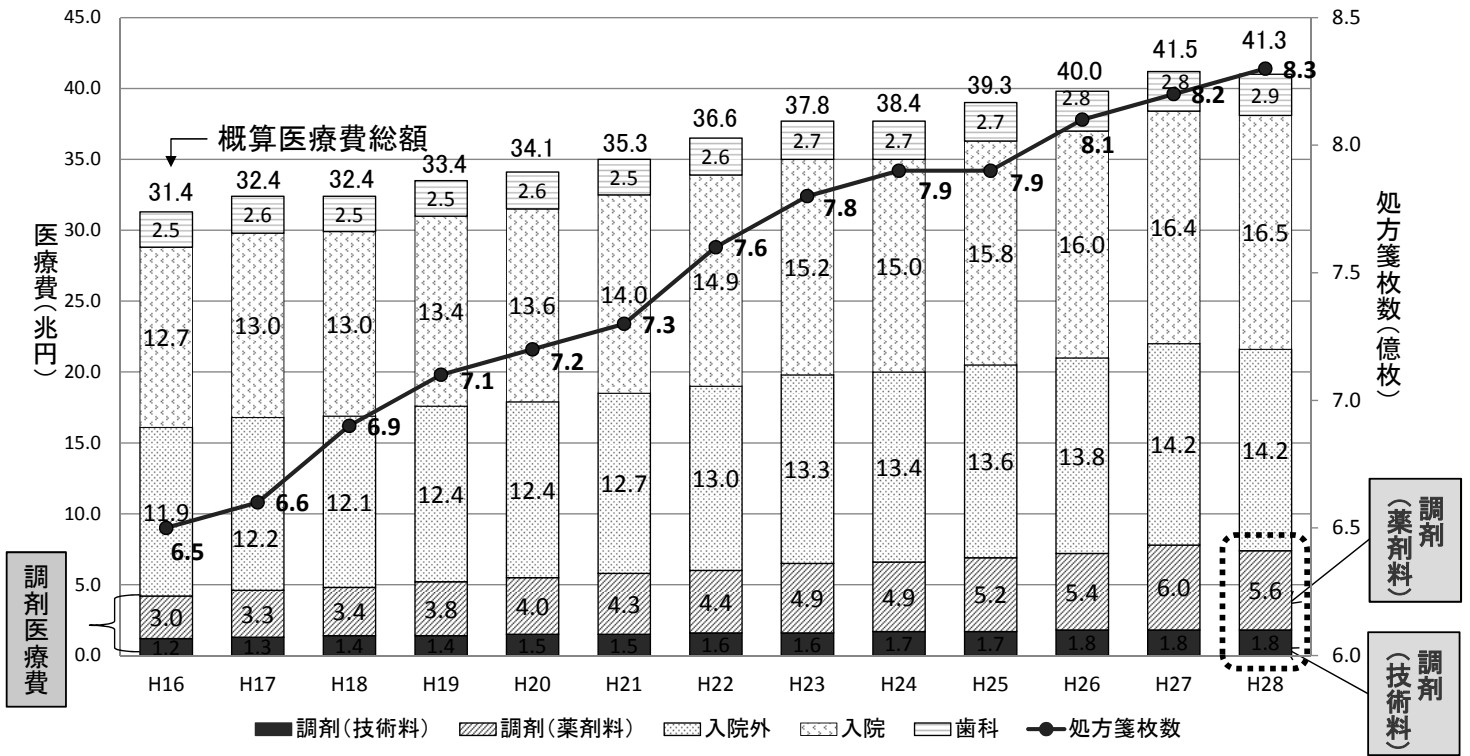


$$\text{処方箋受取率 (\%)} = \frac{\text{処方箋枚数 (薬局での受付回数)}}{\text{医科診療(入院外)日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

2

## 医療費と調剤医療費の推移

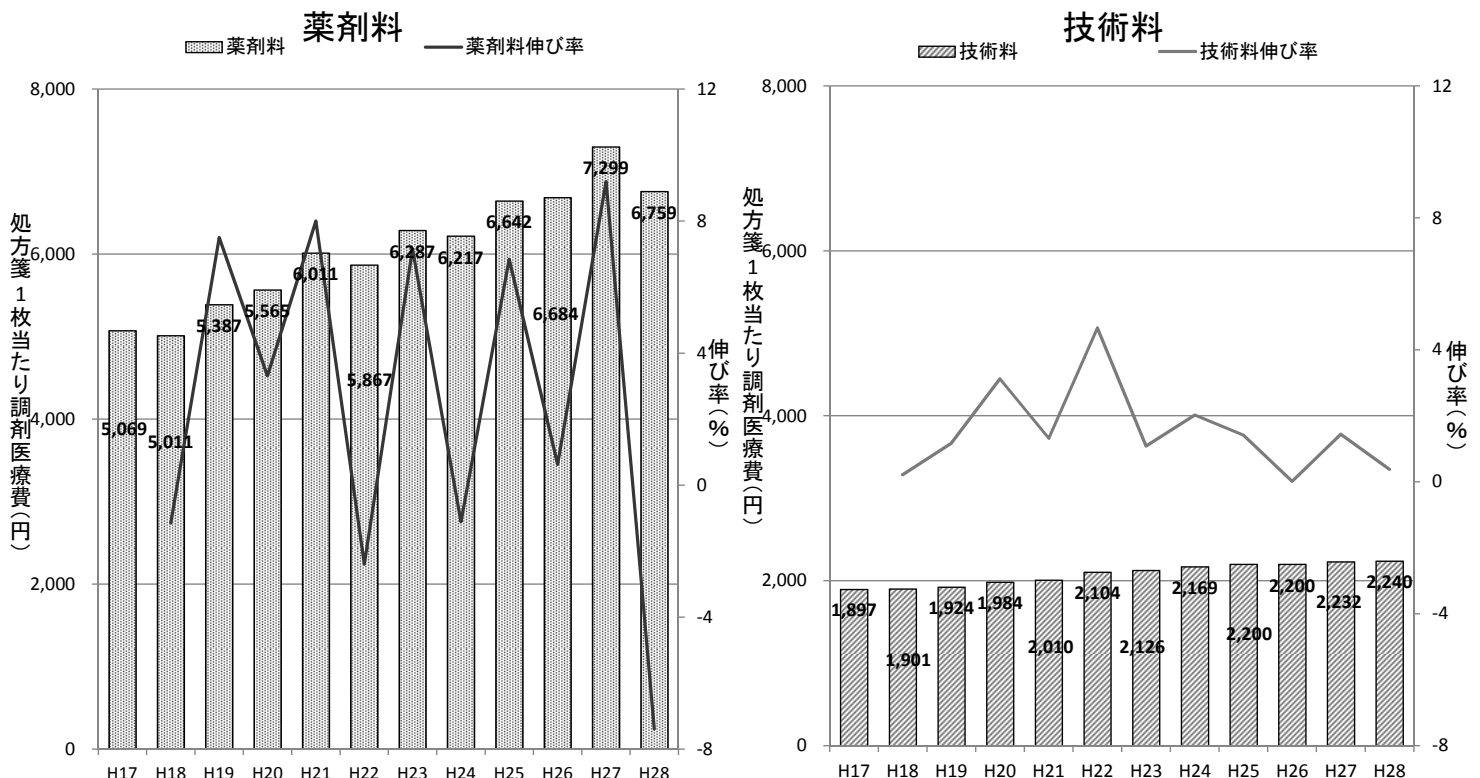
○ 調剤医療費の伸びの大部分は薬剤料。これには、院外処方への切替えにより、入院外に計上されていた薬剤料が調剤医療費に振り替わった分が含まれている。



医療費の動向、調剤医療費の動向(厚生労働省保険局調査課)を基に作成

## 処方箋1枚当たり調剤医療費の推移

調剤医療費を処方箋1枚当たりで見ると、平成26年から平成28年にかけて、薬剤料の伸び率は、0.6%、9.2%、-7.4%であり、技術料の伸び率は、0%、1.4%、0.4%であった。



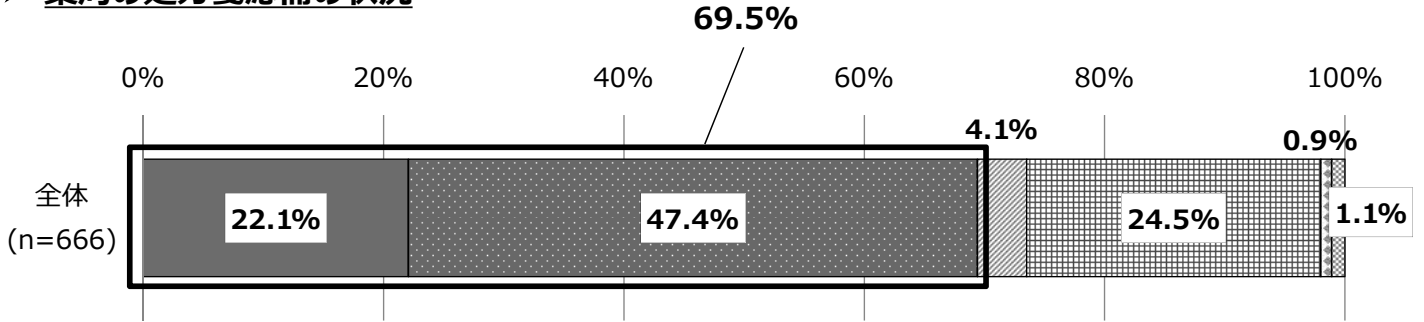
調剤医療費の動向(厚生労働省保険局調査課)を基に作成

## 薬局の処方箋応需の状況

○ 薬局の処方箋応需の状況は、主に特定の医療機関からの処方箋を応需している薬局が約7割となっている。

### ➤ 薬局の処方箋応需の状況

※薬局調査



- 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需
- 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需
- ▨ 主に複数の特定の保険医療機関（いわゆる医療モールも含む）の処方せんを応需
- 様々な保険医療機関からの処方箋を応需
- その他
- 無回答

※ 医療機関が少ない地域では、かかりつけ薬局としての機能を果たしている薬局もある。

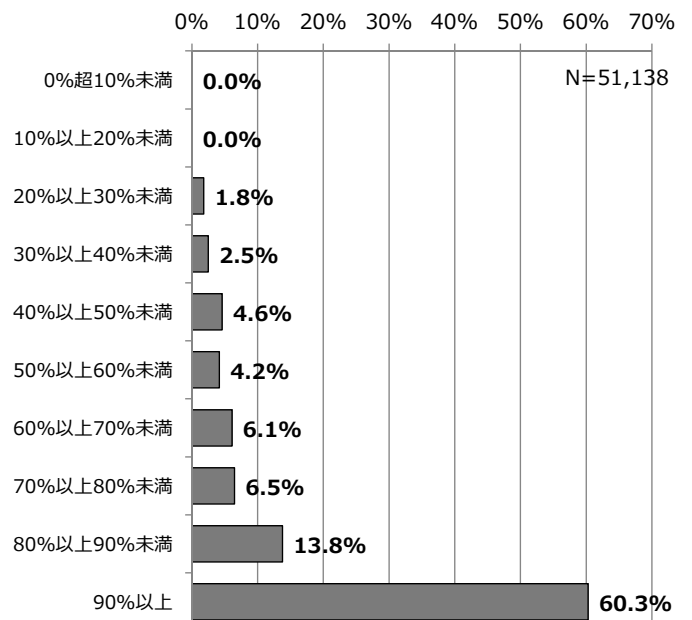
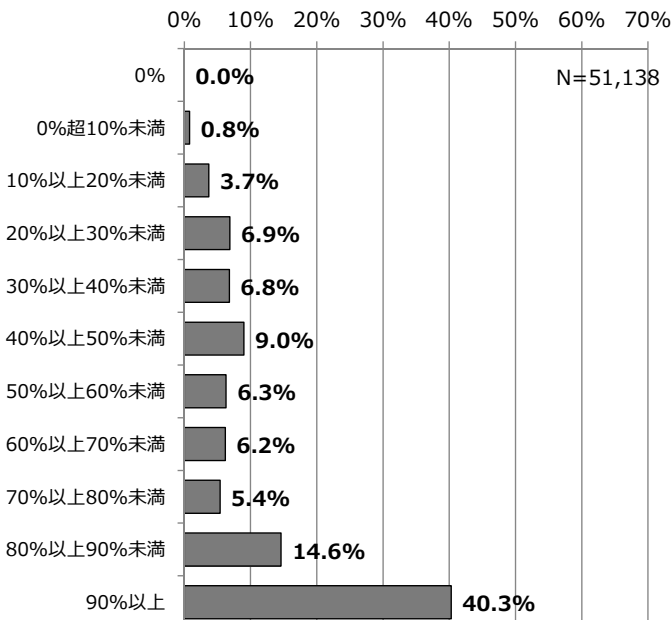
平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成29年度調査）後発医薬品の使用状況調査

## 特定の医療機関からの処方箋集中率

○ 特定の医療機関からの処方箋集中率については、受付回数が最大となる医療機関からの集中率が90%以上の薬局は40.3%であり、上位3箇所の医療機関の処方箋集中率の合計が90%以上の薬局は60.3%であった。

### ➤ 最も受付回数が多い保険医療機関の処方箋集中率

### ➤ 受付回数上位3箇所の保険医療機関合算の処方箋集中率



〔出典〕平成28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」

# 医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

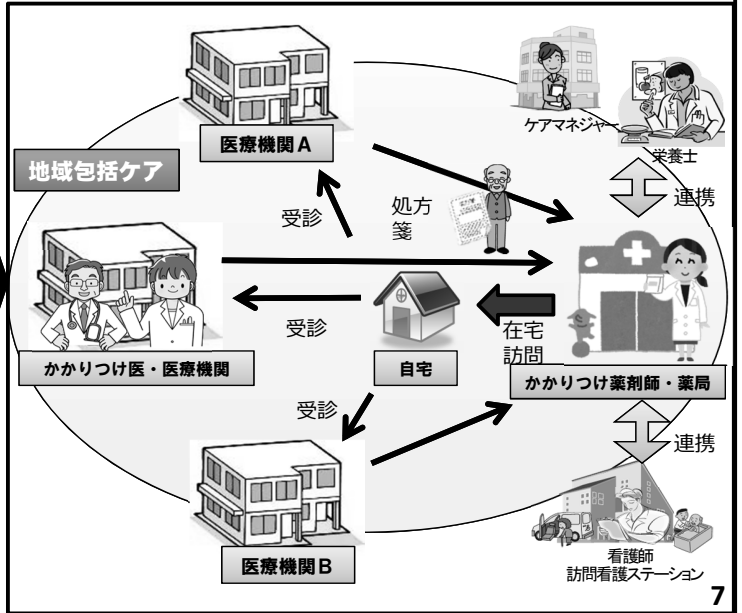
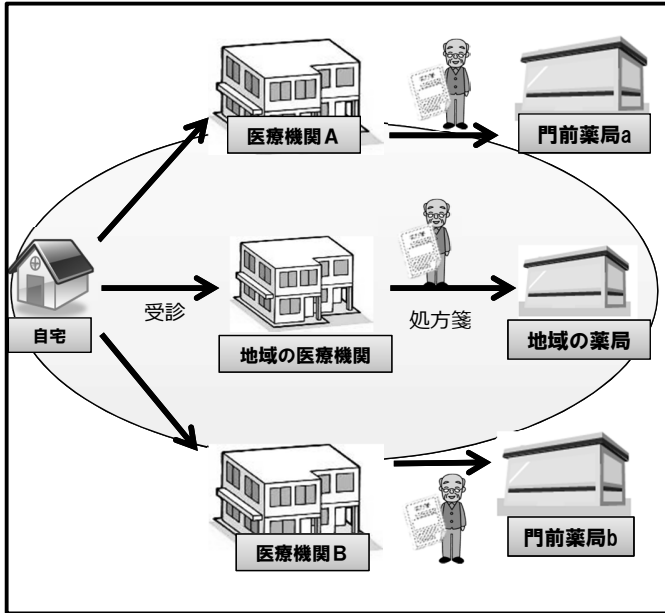
平成27年5月21日規制改革会議  
健康・医療WG 厚生労働省提出資料 (改)

- 薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的な薬学的管理を実施。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上するほか、医療費の適正化にもつながる。

## 今後の薬局の在り方(イメージ)

**現状** 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。

**今後** 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



## 「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～

平成27年10月23日公表

### 健康サポート薬局

#### 健康サポート機能

- ☆ 国民の病気の予防や健康サポートに貢献
  - ・要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
  - ・健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介等

#### 高度薬学管理機能

- ☆ 高度な薬学的管理ニーズへの対応
  - ・専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援等

### かかりつけ薬剤師・薬局

#### 服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- ☆ 副作用や効果の継続的な確認
- ☆ 多剤・重複投薬や相互作用の防止
  - ICT (電子版お薬手帳等) を活用し、
  - ・患者がかかる全ての医療機関の処方情報を把握
  - ・一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

#### 24時間対応・在宅対応

- ☆ 夜間・休日、在宅医療への対応
  - ・24時間の対応
  - ・在宅患者への薬学的管理・服薬指導
  - ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

#### 医療機関等との連携

- ☆ 疑義照会・処方提案
- ☆ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有
- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨

「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～

平成27年10月23日  
厚生労働省公表資料改変

○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できる **かかりつけ薬剤師**がいることが重要。
- **かかりつけ薬剤師**が役割を発揮する**かかりつけ薬局**が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

1. 服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、**患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。**
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、**お薬手帳の一冊化・集約化を実施。**

2. 24時間対応・在宅対応

- **開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。**
  - **夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。**
  - 地域包括ケアの一環として、**残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。**
- (参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)  
・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について**近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。**  
・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の**地域包括支援センター等との連携も模索。**

3. 医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ**処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。**
- 調剤後も**患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。**
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、**医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。**

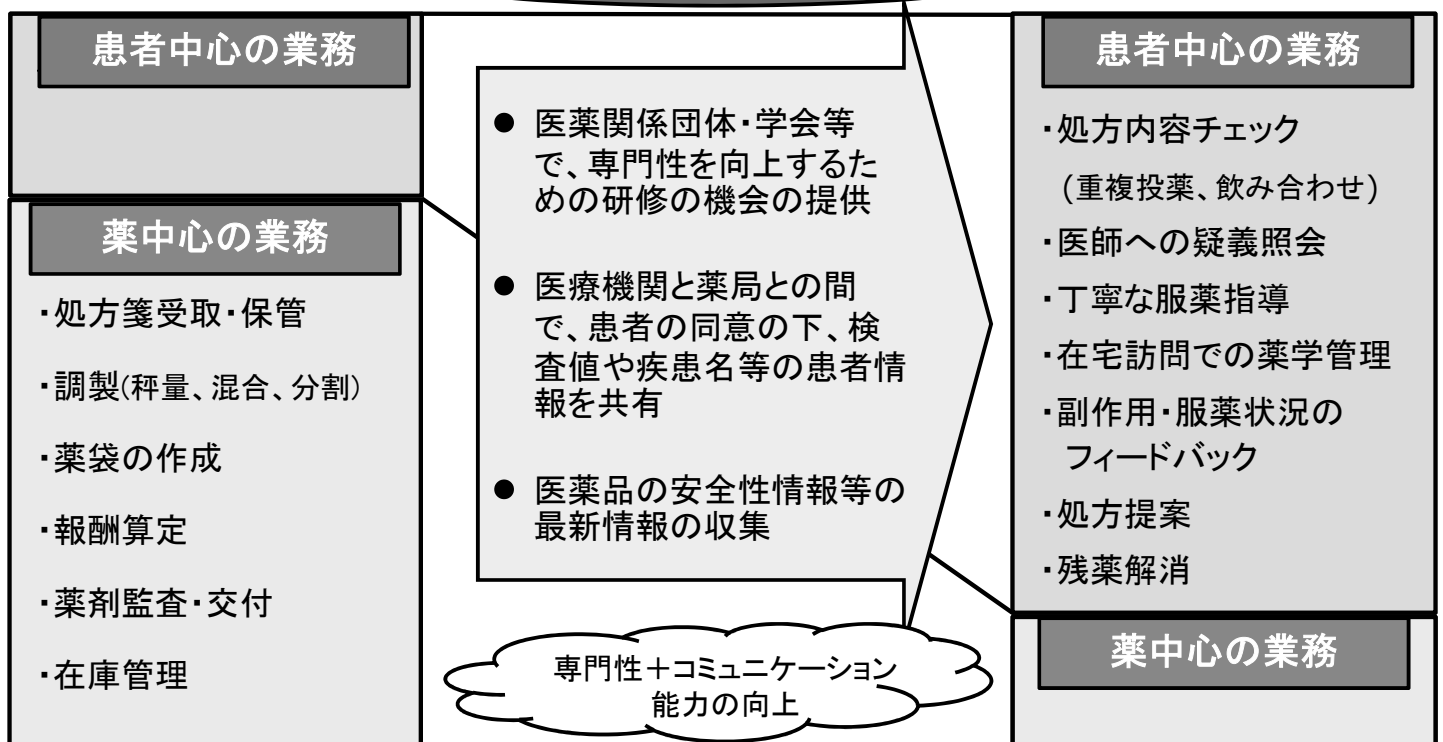
9

「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～

平成27年10月23日  
厚生労働省公表資料改変

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

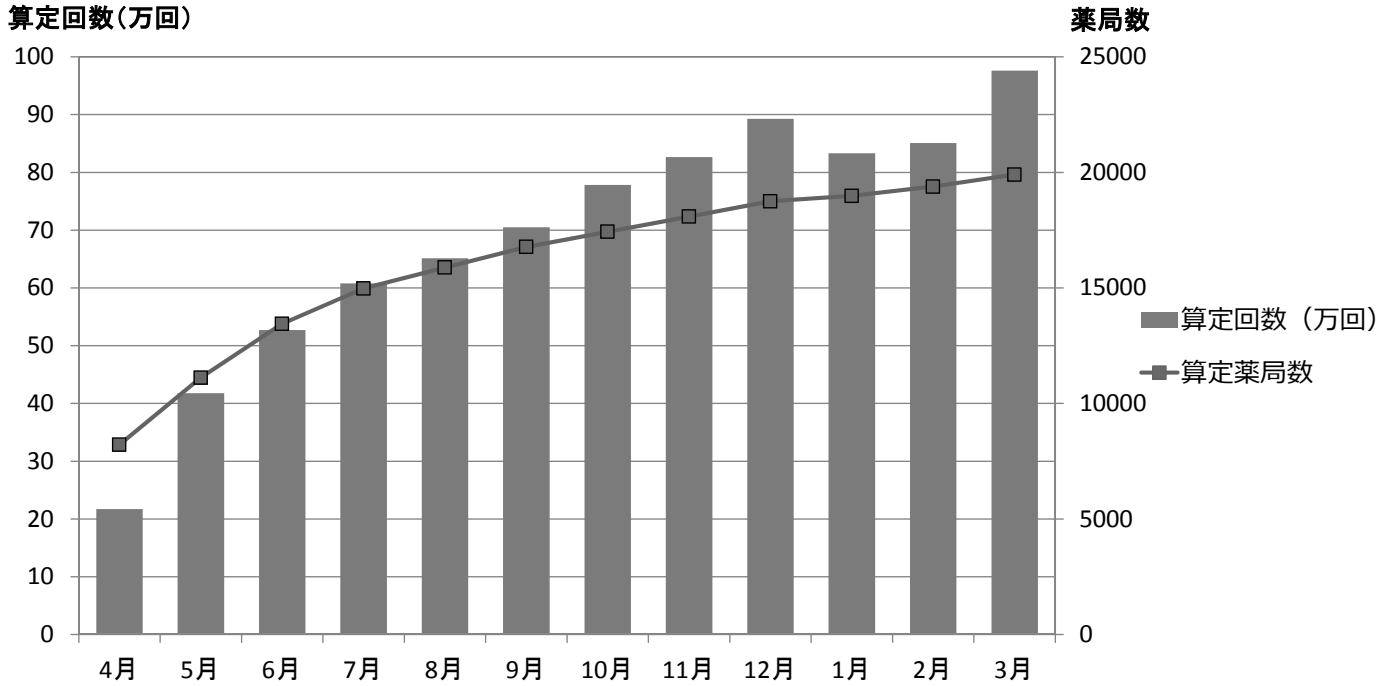
～対物業務から対人業務へ～



10

## かかりつけ薬剤師指導料の算定状況(2016年度)

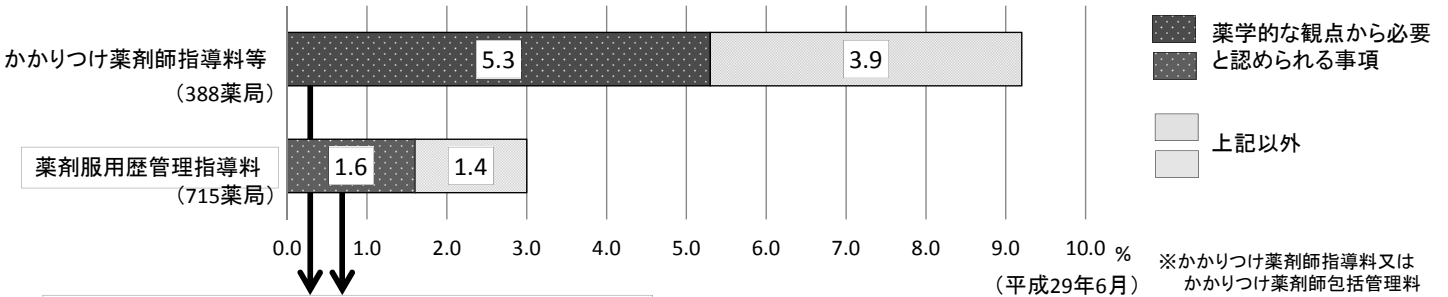
○ かかりつけ薬剤師指導料の算定回数、算定薬局数は徐々に増えてきている。平成29年3月の算定件数は、全処方箋枚数7,629万枚の1.28%に相当する。



〔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 **11**

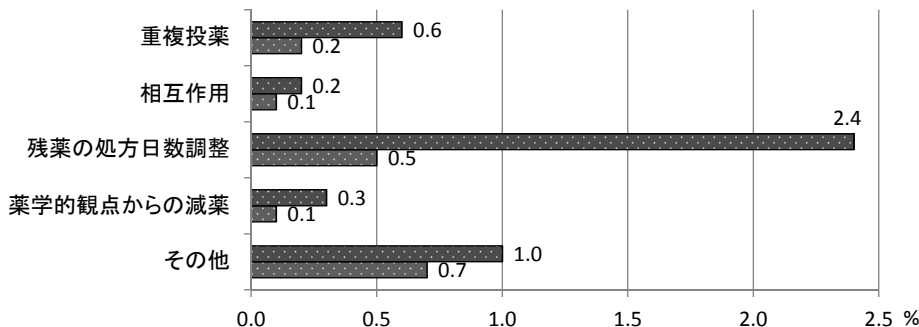
## かかりつけ薬剤師とそれ以外の場合の疑義照会の取組

- 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。

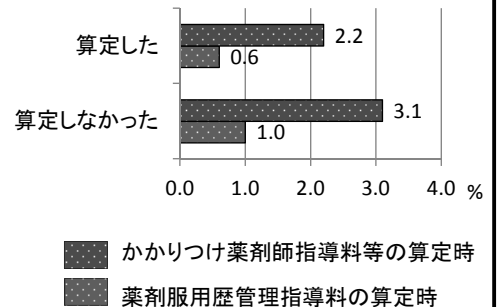


### 「薬学的な観点から必要と認められる事項」の内訳

● 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

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

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

かかりつけ薬剤師指導料 73点

かかりつけ薬剤師包括管理料 280点

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
- 同意書に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)

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

**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。



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〕  
イ 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〕  
イ 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所定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。



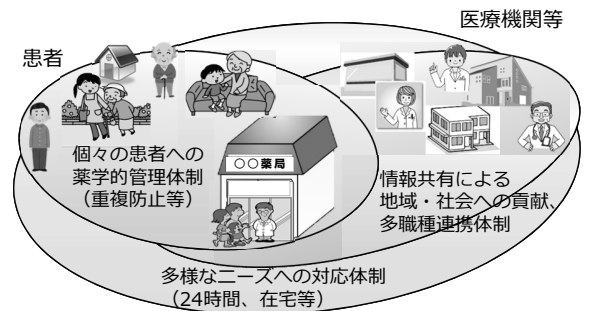
短時間勤務の保険薬剤師のみでの届出不可

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 重複投薬・相互作用等防止加算</li> <li>■ 服用薬剤調整支援料</li> <li>■ かかりつけ薬剤師指導料等</li> <li>■ 外来服薬支援料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 患者ごとの適切な薬学的管理・指導</li> <li>■ 患者の求めに応じた情報提供</li> <li>■ 適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能</li> </ul> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">■ かかりつけ薬剤師届出</p>
情報共有による地域・社会への貢献、多職種連携体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 服薬情報等提供料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ プレアボイド報告実績</li> <li>■ 副作用報告体制</li> <li>■ 当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制</li> <li>■ 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</li> </ul>
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 夜間・休日等の対応</li> <li>■ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理</li> <li>■ 麻薬管理指導加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 24時間、在宅対応体制・周知</li> <li>■ 一定時間以上の開局</li> <li>■ 十分な数の医薬品の備蓄</li> <li>■ 後発品数量シェア50%以上(集中度85%超の場合)</li> </ul> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">■ 麻薬届出 ■ 在宅実績</p>

※ 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1の薬局に求める要件

## 地域医療に貢献する薬局の評価

### 基準調剤加算の見直し

○ 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 <b>実績</b>
(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) 集中度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 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料に係る届出を行っていること。

○基準調剤加算は廃止する

## 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月間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「プレアポイド事例の把握・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

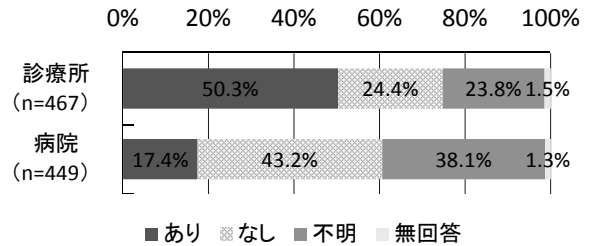
### 周知

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



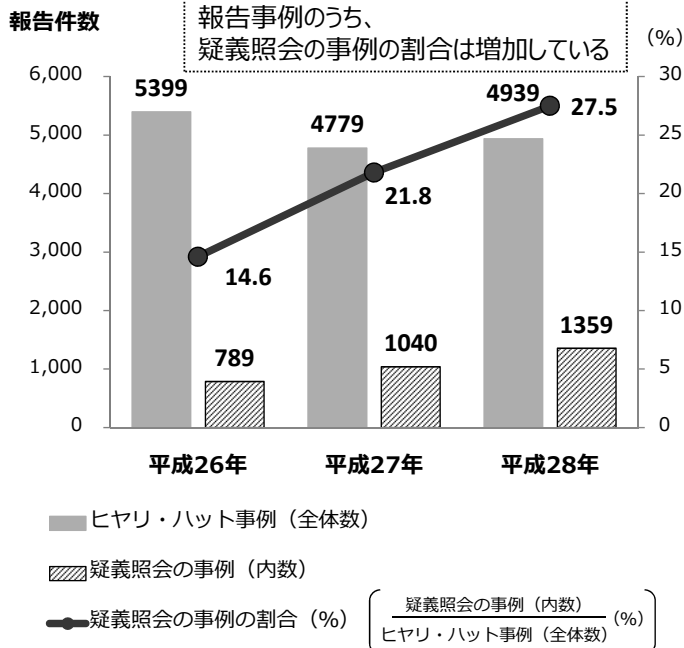
### 後発医薬品調剤割合

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・ハット事例の報告範囲

- 調剤業務に関する事例(薬剤取違えや規格・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

### 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。

## 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。
- ◆ 医薬品医療機器等法第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日を目標に当局に報告

#### 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。

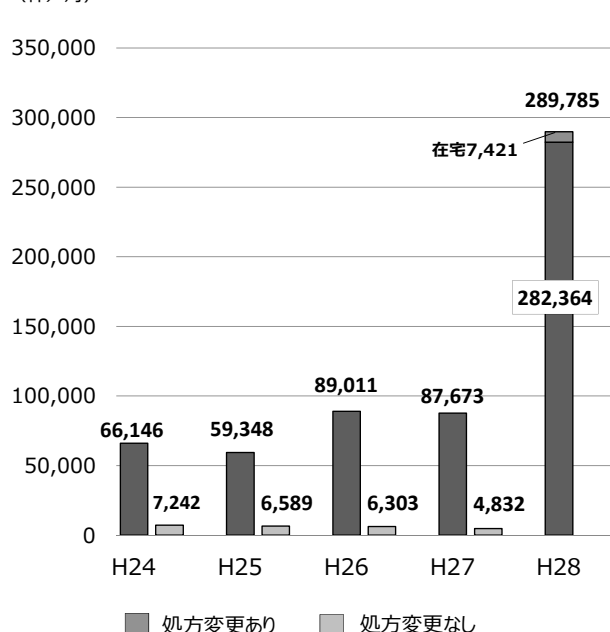
(医薬品医療機器等法第68条の10第2項) 薬局開設者、病院、診療所若しくは飼育動物診療施設の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師、登録販売者、獣医師その他の医薬関係者は、医薬品、医療機器又は再生医療等製品について、当該品目の副作用その他の事由によるものと疑われる疾病、障害若しくは死亡の発生又は当該品目の使用によるものと疑われる感染症の発生に関する事項を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に報告しなければならない。(報告先は、医薬品医療機器等法第68条の13第3項の規定により、PMDAとされている。)

## 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。

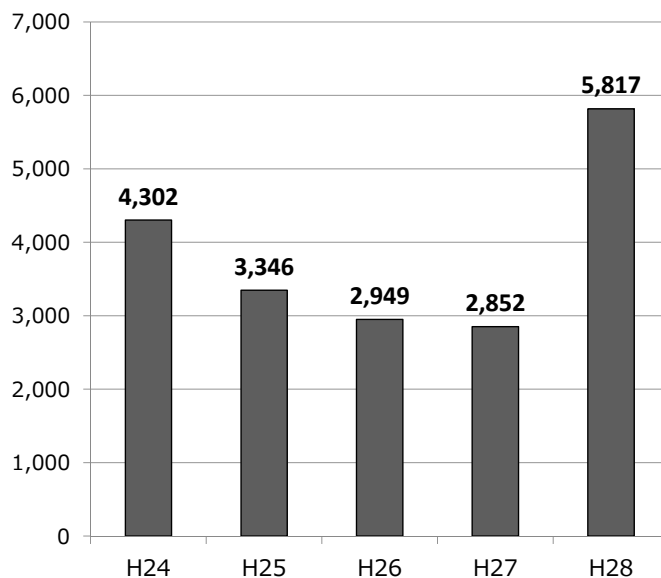
### ➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定件数

※ 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)



# 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

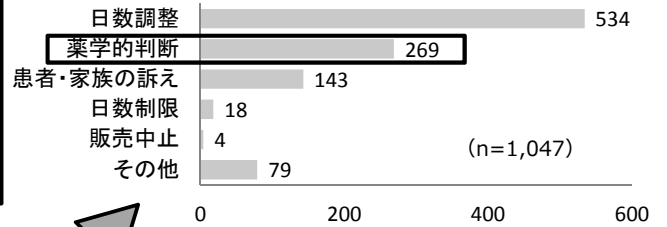
## 概要

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%

### 処方変更件数の根拠



※記載漏れ等の事務的な疑義を除いた、処方に関する疑義

### 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。

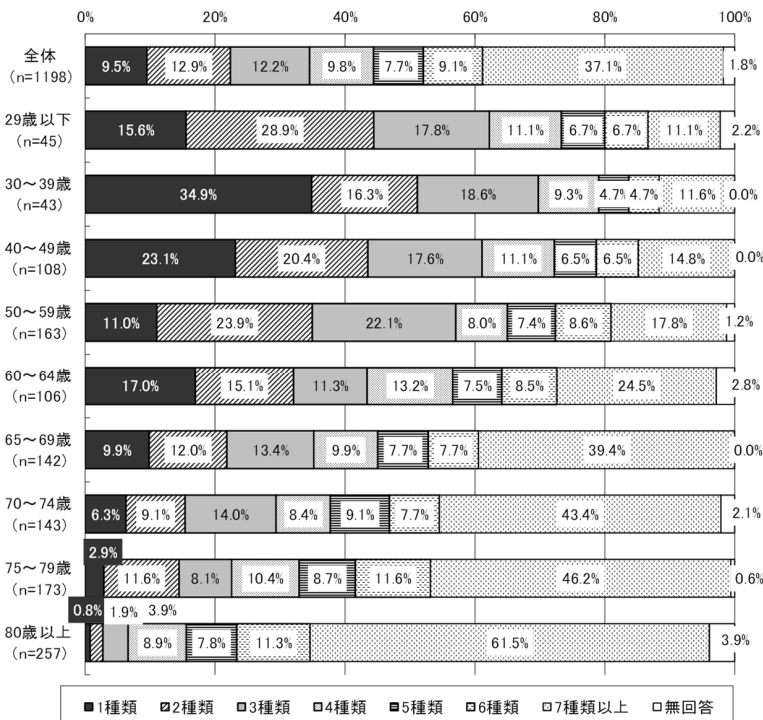
件数	医療経済効果額	2015年全国値（推計）
120件（ハイリスク17件、それ以外103件）	-7,196,000円	—約1,950億円

（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）

# 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。

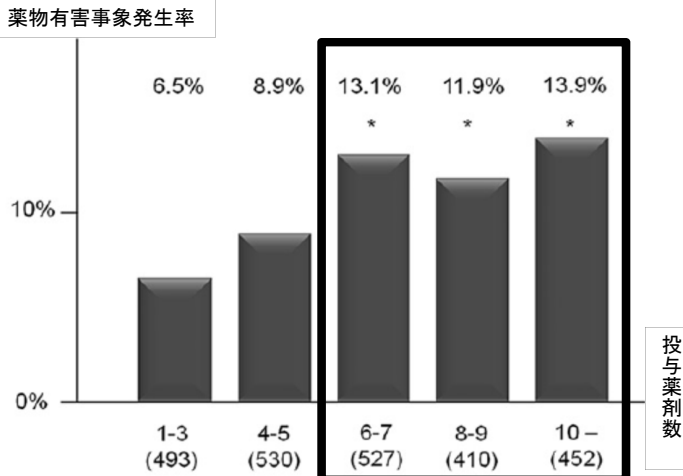
➢ 現在、1日あたり使用している薬（年齢階級別、定期的に医療機関に行つて処方してもらっている薬がある患者）



## 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



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%

- 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。
- 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: 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.

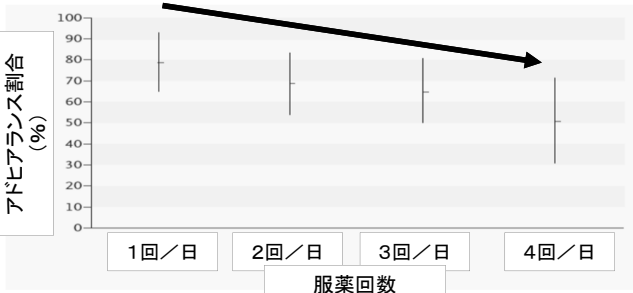
出典: 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 平成25(2013)年度 総括研究報告書「高齢者の薬物治療の安全性に関する研究」

## 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>

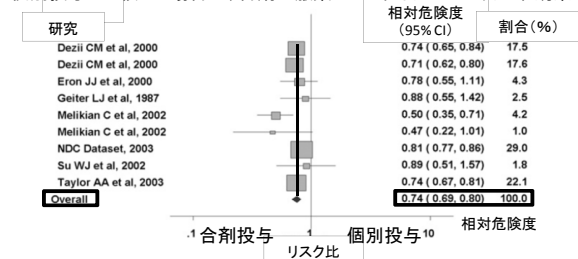
- 服薬頻度と服薬アドヒアランスの相関をみるためのシステマティック・レビュー。
- 76の調査結果をまとめたもの。
- 服薬アドヒアランスは、①dose-taking(処方された薬剤数を適切に服用しているか)、②dose-timing(処方薬を適切な時間に服用しているか)の2つの観点から定義した。

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歳以上の内科病棟を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<sup>2</sup>=0.8293
- 退院3ヶ月後調査時: R<sup>2</sup>=0.6276

※本研究では、R<sup>2</sup> ≥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):283-9.

# 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。

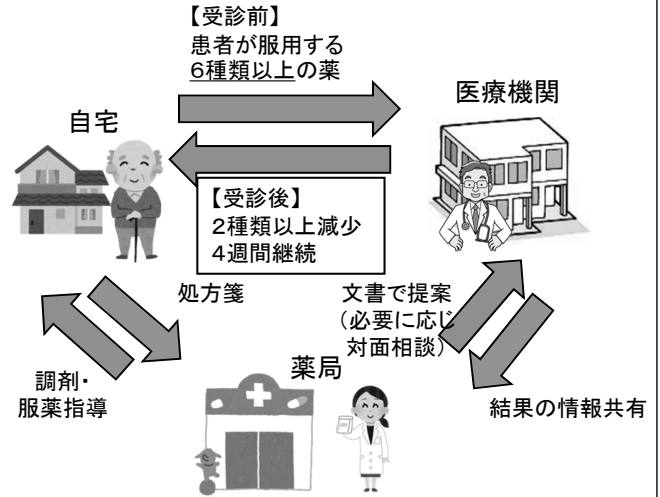
### (新) 服用薬剤調整支援料

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。

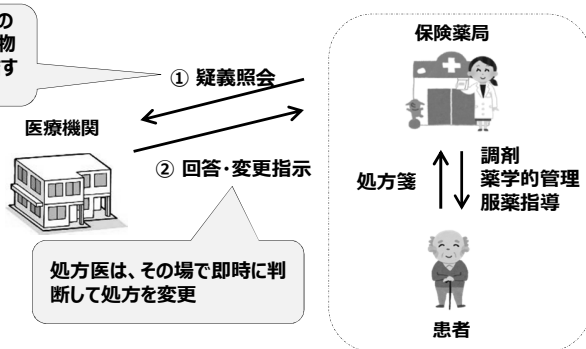


# 疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案の違いについて

○ 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

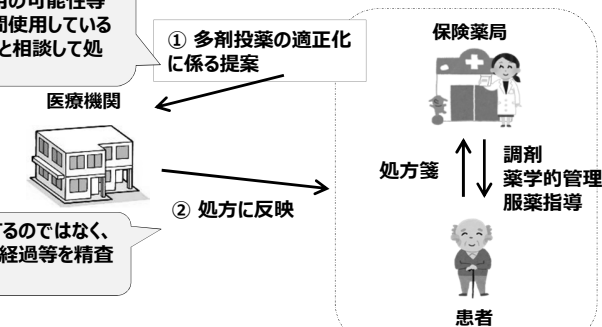


### 重複投薬・相互作用等防止加算 (40点又は30点)

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、薬学的観点からの患者の意思決定のサポートによる処方医への提案

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



### 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  
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担患者番号	保険者番号
公費負担患者の受給者番号	診療機関-保険者番号の記号・番号
氏名	保険医療機関の所在地(都道府県)
生年月日 西暦 年 月 日 男・女	電話番号
区分 被扶養者 被扶養者	保険医氏名
交付年月日 平成 年 月 日	処方せんの使用期間 平成 年 月 日
変更不可 欄々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が差し支えがあると判断した場合は、「変更不可」欄に「シ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は署名・押印すること。	
保険医署名 (「変更不可」欄に「シ」又は「×」を記載した場合は、署名又は署名・押印すること。)	
備考 保険医が調剤時に発生を認識した場合の対応(特指がある場合は「シ」又は「×」を記載すること。) □保険医療機関-疑義照会した上で調剤 □保険医療機関-情報提供	
調剤年月日 平成 年 月 日	公費負担患者番号
処方せんの交付者 氏名 氏名 〒 郵便番号	公費負担患者の受給者番号

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 ~~トリアゾラム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)イトラコザールカプセル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>

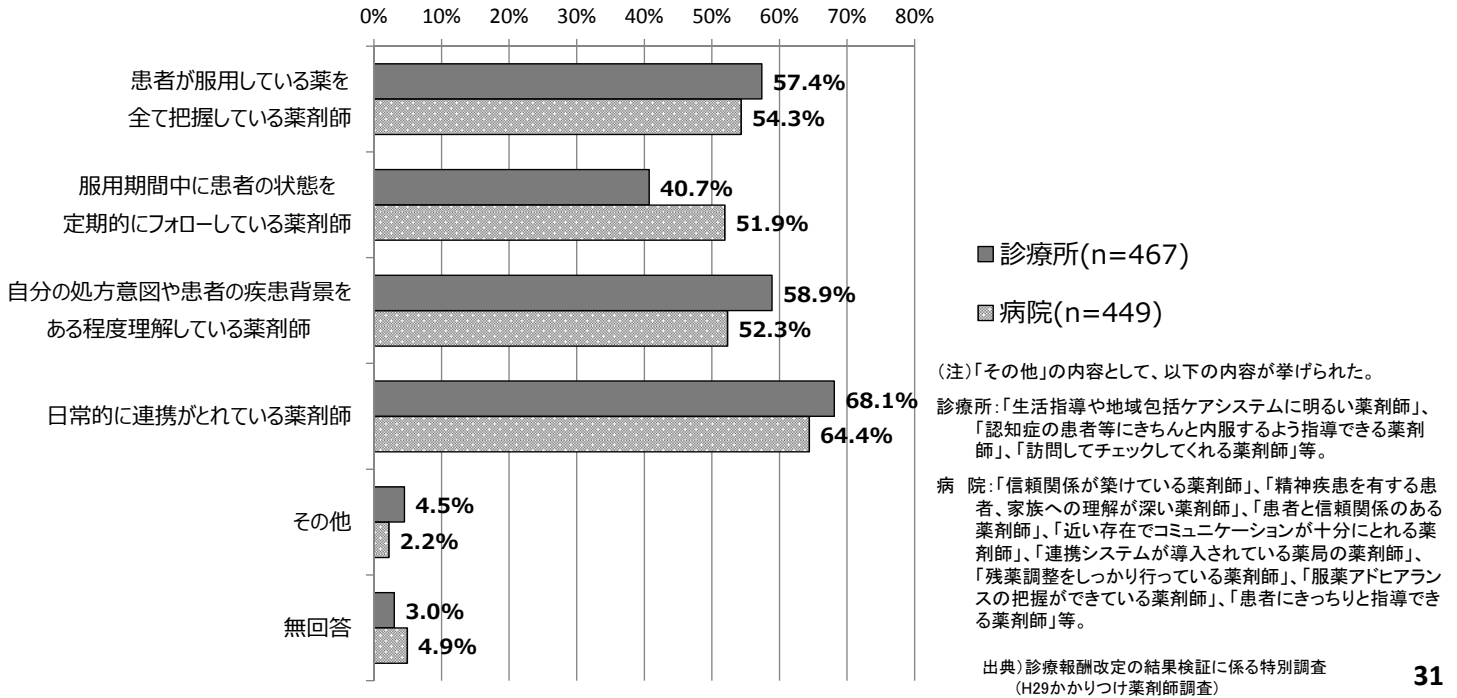
	平成28年6月
薬剤総合評価調整加算	1,640回
薬剤総合評価調整管理料	11,004回
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算	956回



## 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。

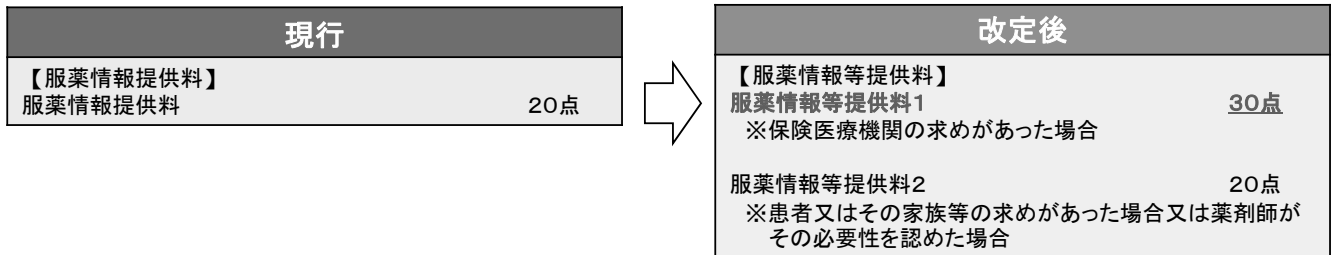
### ➤ 薬剤の適正使用を進める上で連携を図りたいと考える薬局薬剤師（複数回答）



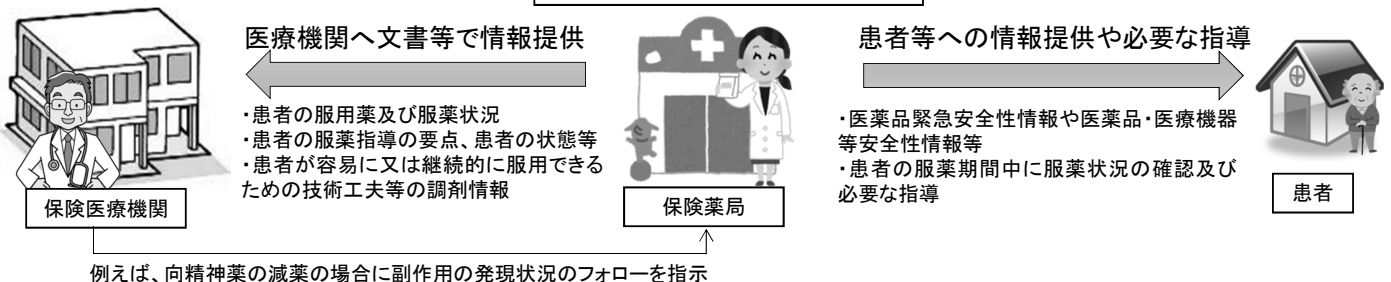
## 薬局における対人業務の評価の充実②

### 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。



調剤後の継続的な薬学的管理を実施

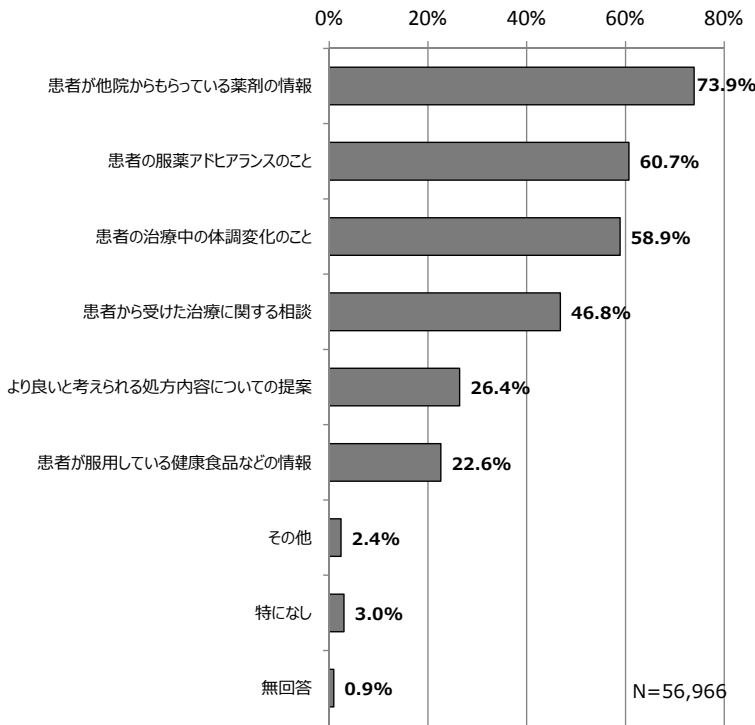


※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

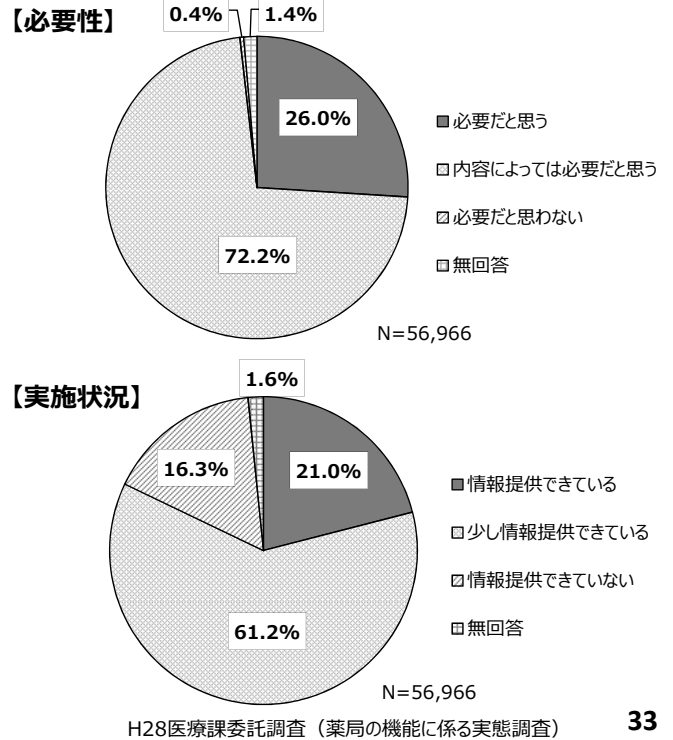
## 薬局と医療機関の連携として有効と考えられる情報

○ 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



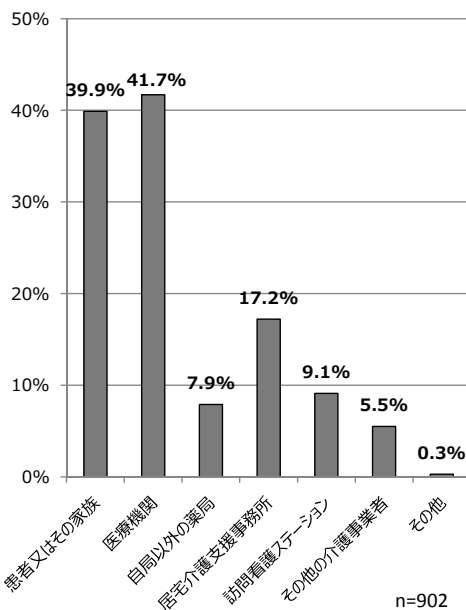
➤ 疑義照会とは別に、医療機関にフィードバックすることが有効と考えられる情報について



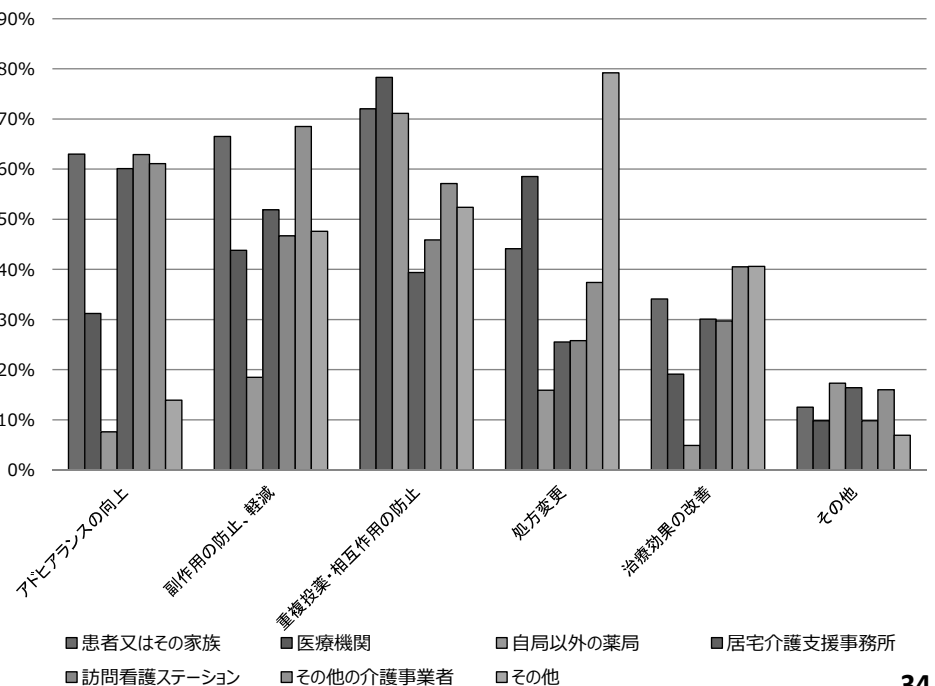
## 服薬情報等の提供の有無とその効果

○ 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）



## 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以外の評価を見直す。

現行	
【重複投薬・相互作用等防止加算】 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。	30点
【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】 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。	10点

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、12点を所定点数に加算する。	

35

## 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

36

## 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治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]

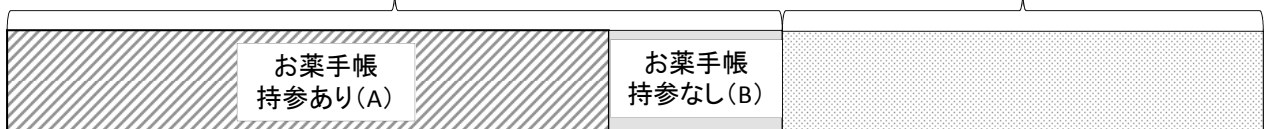
適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。(※)

※ 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

左記以外の患者



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。

## お薬手帳について

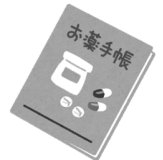
### 意義と役割

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止、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

<b>現行</b>
薬剤服用歴管理指導料1を算定した場合： <b>薬A</b> の記号
薬剤服用歴管理指導料2を算定した場合： <b>薬B</b> の記号
薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合： <b>薬C</b> 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： <b>薬D</b> の記号



<b>改定後</b>	薬剤服用歴管理指導料を算定する場合					
<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			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)	<b>薬A</b> (41点)	<b>薬他A</b> (53点)	<b>薬3A</b> (41点)	<b>薬特A</b> (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)	<b>薬B</b> (53点)	<b>薬他B</b> (53点)	<b>薬3B</b> (41点)	<b>薬特B</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	<b>薬C</b> (53点)	<b>薬他C</b> (53点)	<b>薬3C</b> (41点)	<b>薬特C</b> (13点)		

## 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。



#### 改定後

##### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

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

##### 【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、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- (2) 以下の場合は、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戸未満であって、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下の場合

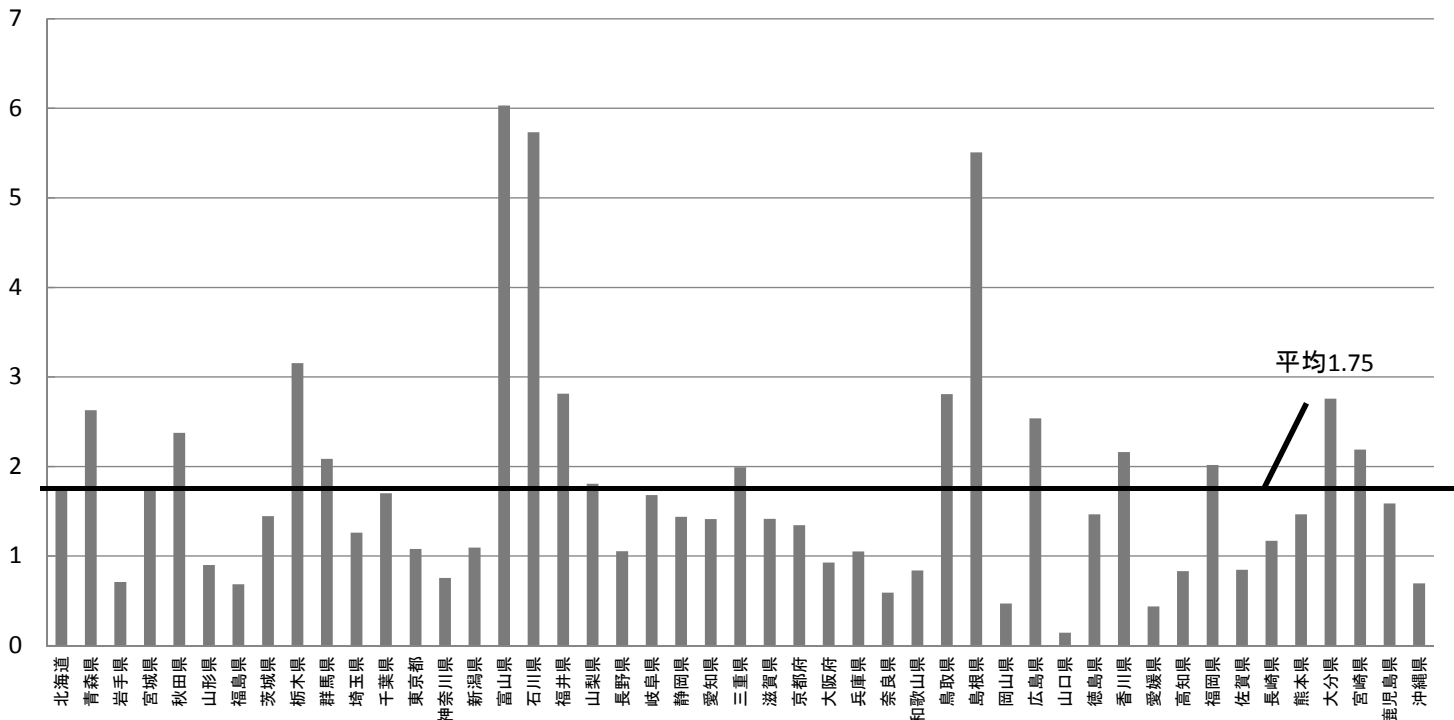
- 医療機関の薬剤師が実施する場合も同様に見直し。

## 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



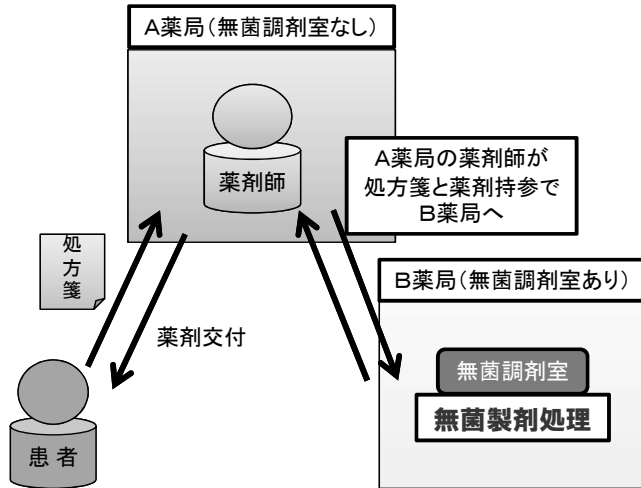
## 無菌調剤室の共同利用について

- 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。

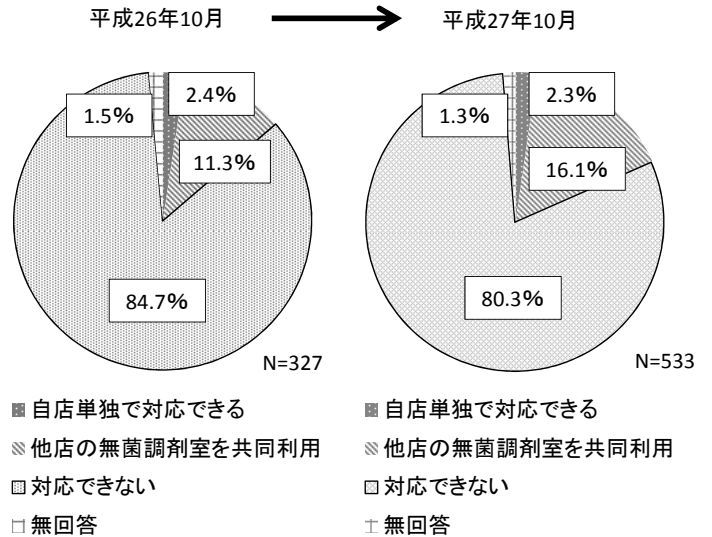
**医薬品医療機器等法 施行規則**

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**



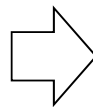
出典) 平成26年度、27年度老人保健健康増進等事業 報告書

## 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 <b>67点</b> (6歳未満の乳幼児は <b>135点</b> )
抗悪性腫瘍剤	1日につき <b>77点</b> (6歳未満の乳幼児は <b>145点</b> )
麻薬	1日につき <b>67点</b> (6歳未満の乳幼児は <b>135点</b> )

- 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)。

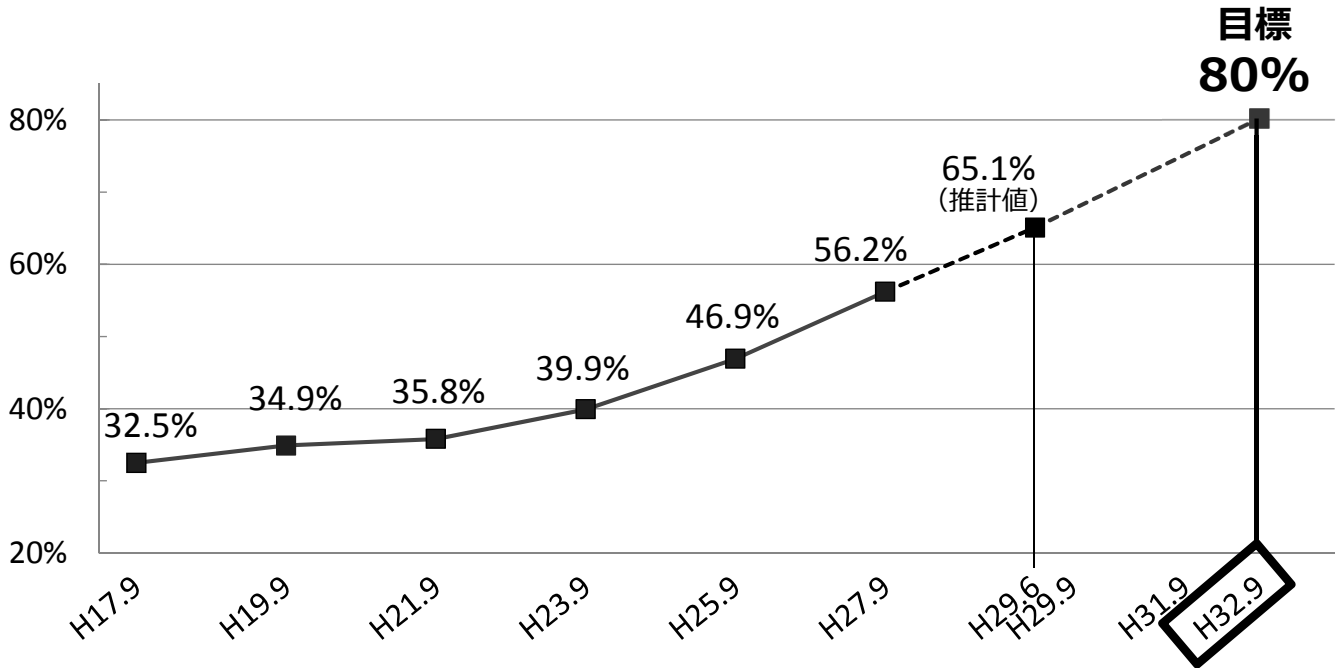
**(新)乳幼児加算(在宅患者訪問薬剤管理指導料等) 100点**

[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。

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

平成30年度診療報酬改定

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			➔	改定後		
調剤数量割合	65%以上	18点		調剤数量割合	75%以上	18点
	75%以上	22点			80%以上	22点
					85%以上	26点

➤ 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**

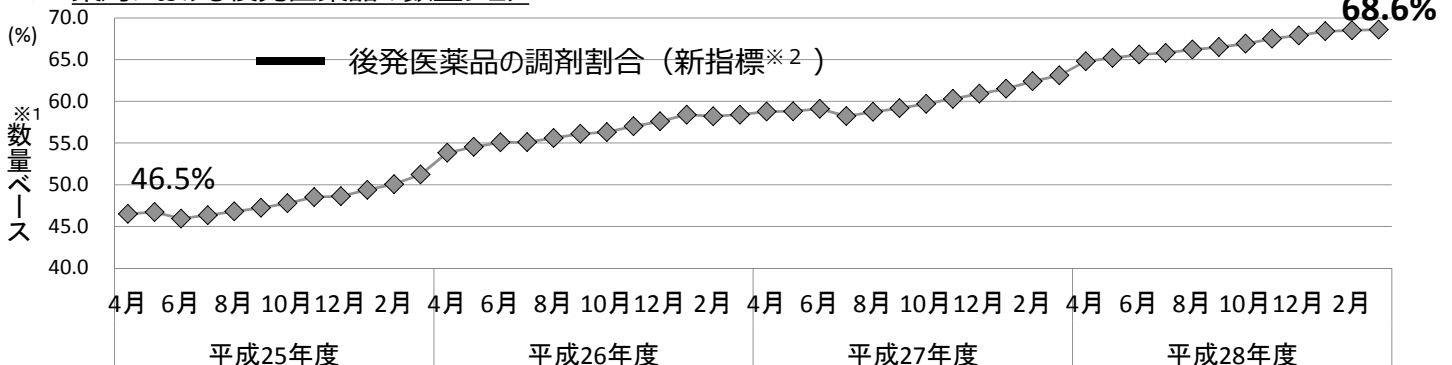
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

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

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。



## 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		➔	改定後	
一般名処方加算1	3点		一般名処方加算1	6点
一般名処方加算2	2点		一般名処方加算2	4点

- 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		➔	改定後	
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1(85%以上)	45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2(80%以上)	40点

現行		➔	改定後	
後発医薬品使用体制加算3(50%以上)	28点		後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	35点
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1(85%以上)	5点

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しに伴い、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。)

47

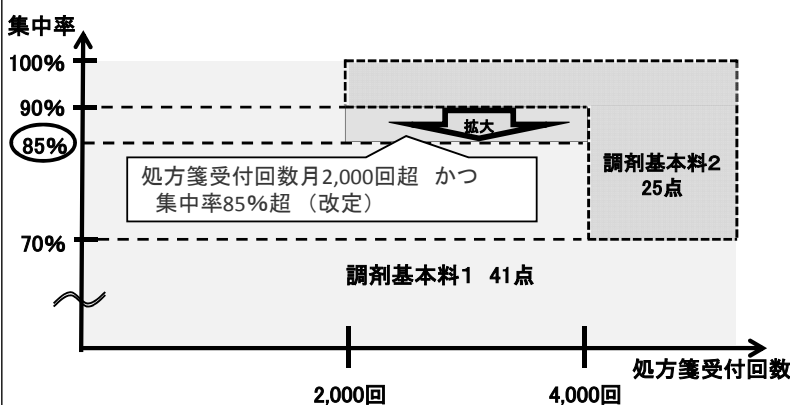
## いわゆる門前薬局等の評価の見直し①(特例の拡大)

- 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度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

	<b>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</b> ①処方箋集中度が95%超の薬局 ⇒ 集中度が85%超の薬局(改正) ②特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある薬局
	<b>(新)調剤基本料3-ロ (グループ全体40万回超) 15点</b> ①処方箋集中度が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・集中度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つては、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。

48

## 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1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。

49

## 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。

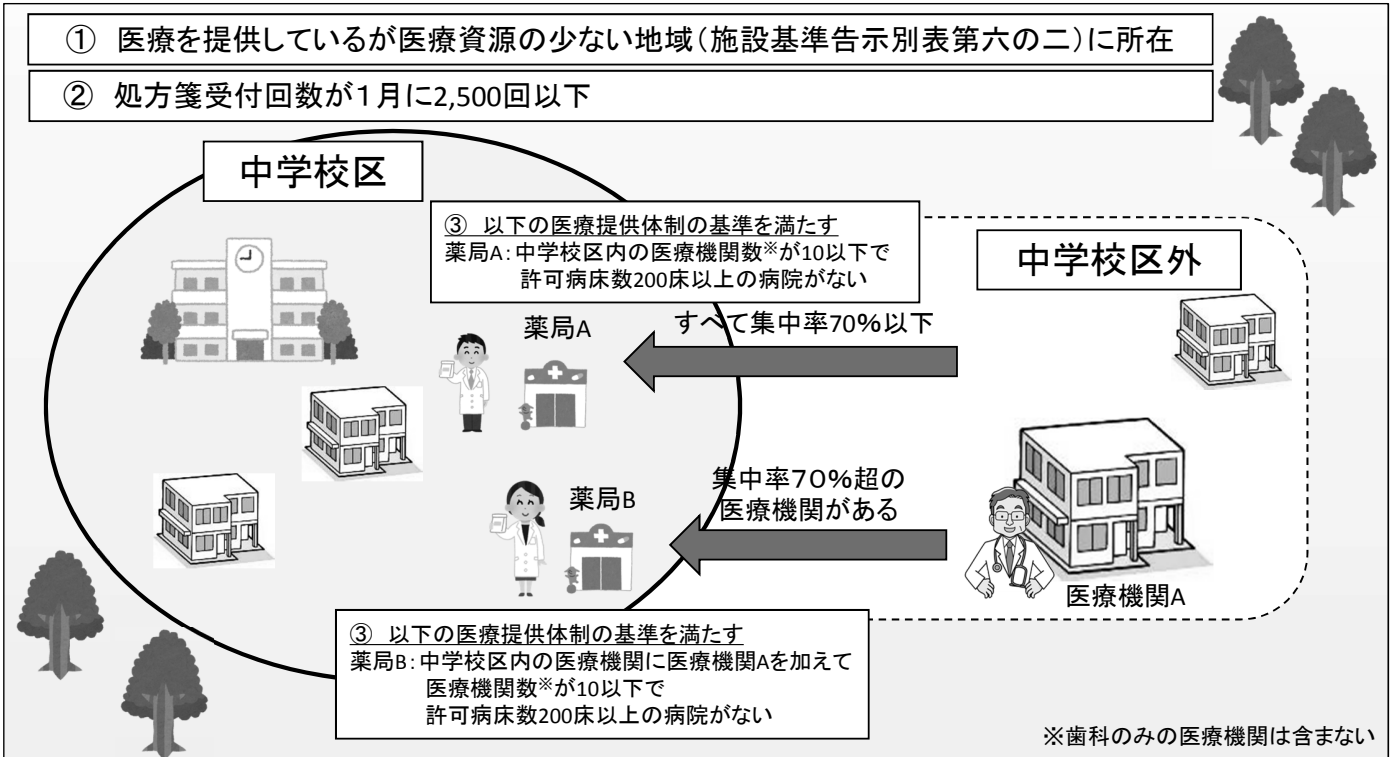
- ア 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある(当該保険医療機関が所有する不動産を当該保険薬局以外の者が賃借し、当該不動産を利用して開局している場合を含む。)
- イ 当該保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している(保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。)
- ウ 当該保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している
- エ 当該保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局した

### 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。



・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。

## 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

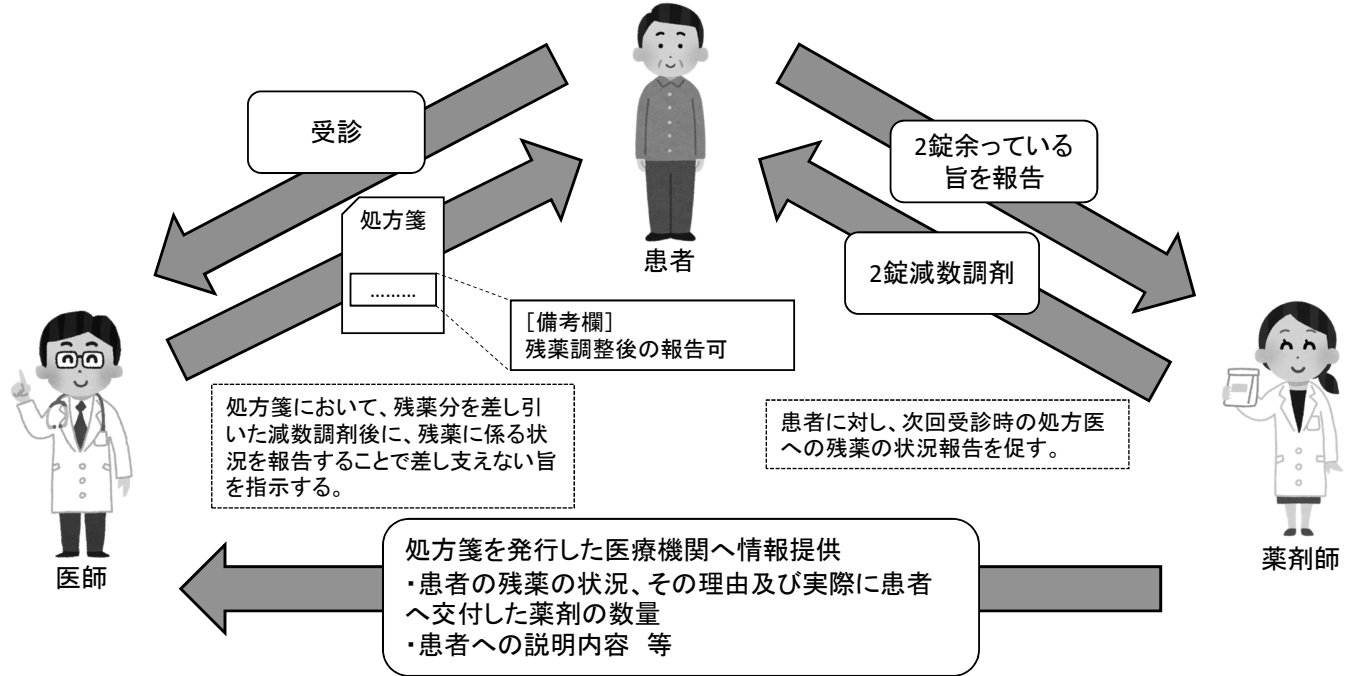


## 残薬調整に係る取扱い

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)



## 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) 受結率が5割以下の薬局 (2) 受結率、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月末までの受結率」「調剤基本料の注3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3号)

## 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3号）

57

## 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（施設基準第十五 二の二（1）に該当する場合）

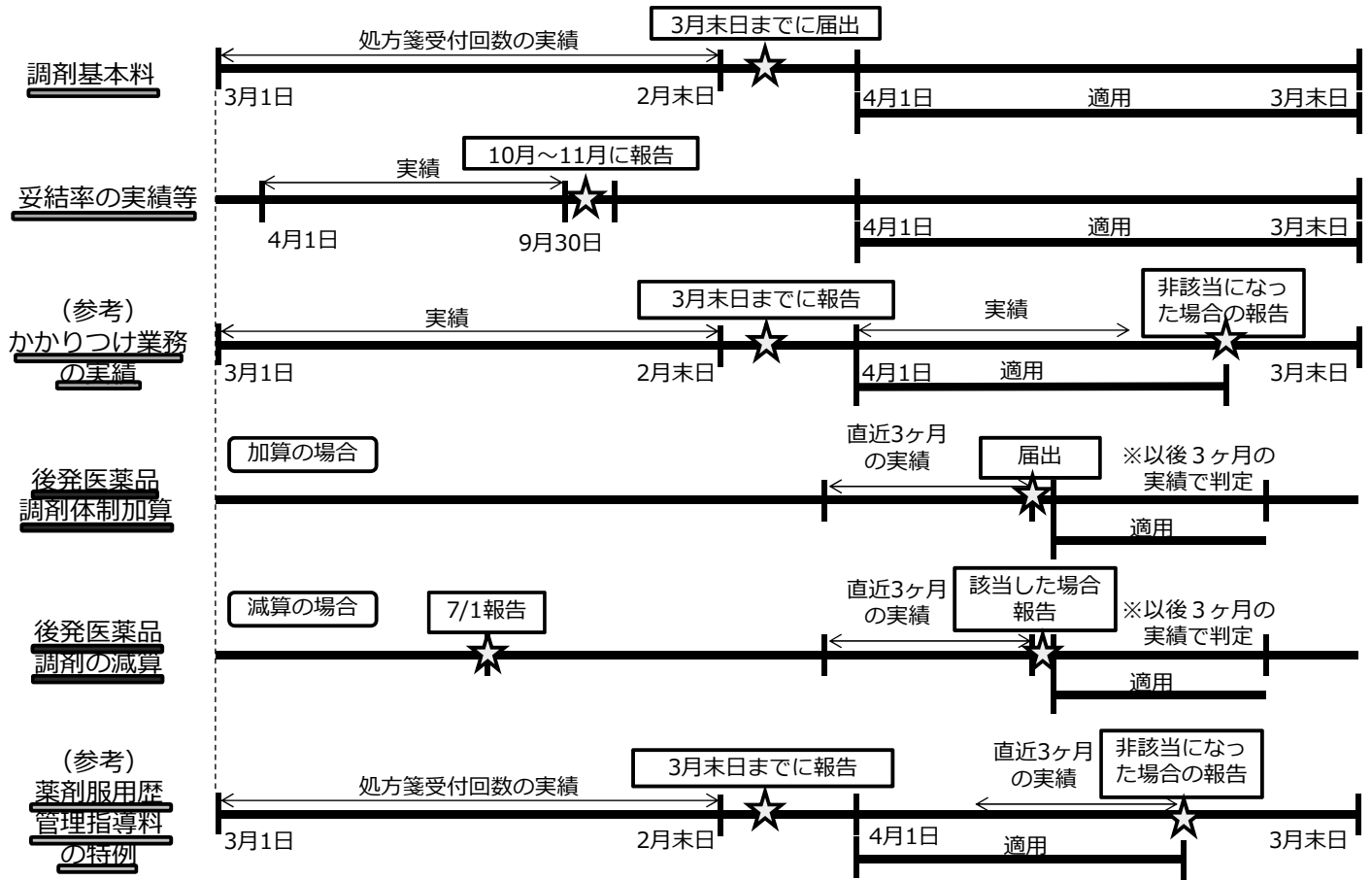
○後発医薬品調剤割合の報告（平成30年7月1日現在の報告により、減算規定を平成30年10月1日から適用）

○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）

58

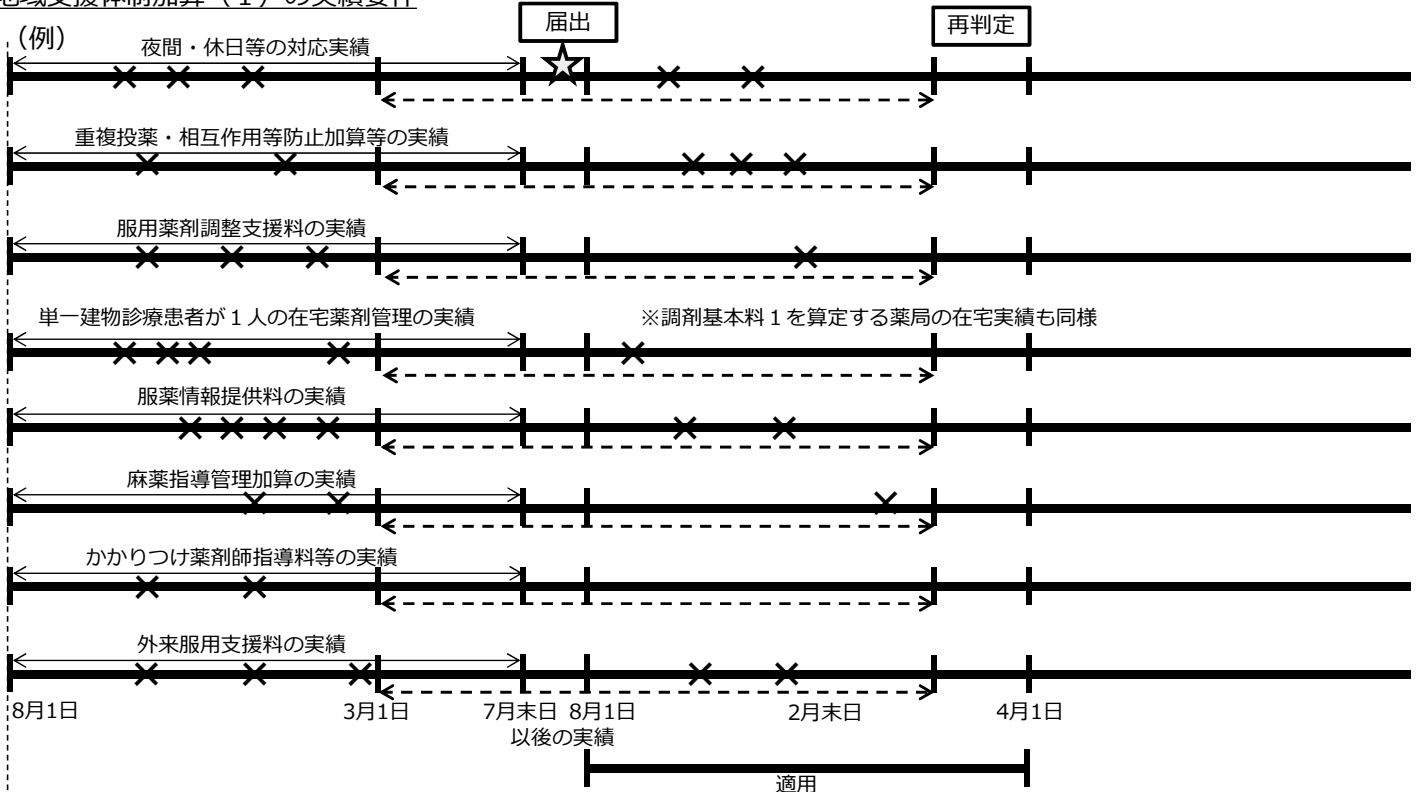
## 施設基準の届出(基本的な考え方)



## 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

適用

## 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。





# 1 円滑な届出の受付に関するお願い

## (1) 施設基準等の届出先(近畿厚生局各事務所等)

府県名	届出先	事務所等の所在地	TEL	FAX
福 井	近畿厚生局 福井事務所	〒910-0019 福井市春山 1-1-54 福井春山合同庁舎 7F	0776-25-5373	0776-25-5375
滋 賀	近畿厚生局 滋賀事務所	〒520-0044 大津市京町 3-1-1 大津びわ湖合同庁舎 6F	077-526-8114	077-526-8116
京 都	近畿厚生局 京都事務所	〒604-8153 京都市中京区烏丸通四条上ル笋町 691 りそな京都ビル 5F	075-256-8681	075-256-8684
大 阪	近畿厚生局 指導監査課	〒540-0011 大阪府中央区農人橋 1-1-22 大江ビル 8F	06-7663-7663	06-4791-7355
兵 庫	近畿厚生局 兵庫事務所	〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1-4-3 神戸防災合同庁舎 2F	078-325-8925	078-325-8928
奈 良	近畿厚生局 奈良事務所	〒630-8115 奈良市大宮町 1-1-15 ニッセイ奈良駅前ビル 2F	0742-25-5520	0742-25-5522
和歌山	近畿厚生局 和歌山事務所	〒640-8153 和歌山市二番丁 3 和歌山地方合同庁舎 5F	073-421-8311	073-421-8315

## (2) 施設基準等の届出方法

- ① 施設基準等の届出については「**郵送**」でお願いします。
  - ② 4月1日から算定を行うためには、「**4月16日(月)必着**」までに届出が必要となりますのでご注意願います。
  - ③ 郵送に当たっては、封筒の上部の余白に朱書きで「(医科・歯科・薬局)施設基準届出書在中」と記載してください。
  - ④ 締切日直前に届出が集中することが予想されます。速やかな審査のため、まとめて提出するのではなく、早期に届出できるものはその都度、ご提出いただくようお願いします。
  - ⑤ FAXでの届出書及び添付書類の提出は認められません。
  - ⑥ 添付資料について、通知や届出様式で定めているものを忘れず提出してください。
  - ⑦ 届出書及び添付書類の様式は、厚生労働省ホームページに掲載しています。  
また、近畿厚生局ホームページにも掲載を行います。(※診療報酬改定に関する情報についても掲載しています。)
- ・厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/>
  - ・近畿厚生局ホームページ：<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/>
- ⑧ 届出書の提出前にもう一度施設基準通知等を確認し、内容に漏れや誤りがないか十分チェックをしてください。(※次ページのチェックリストを活用してご確認ください。)
  - ⑨ 複数の施設基準等を同時に届け出た場合であっても、審査を終えた届出書からそれぞれ別々に受理通知を送付することがありますので、あらかじめご了承ください。

## ★チェックリスト★

「届出書」を添付していますか。

※「届出書」…基本診療料：別添7、特掲診療料：別添2

「届出書」は、届出を行う施設基準ごとに添付が必要です。

「届出書」及び「添付書類」に記載漏れはありませんか。

「届出書」に開設者印を押印していますか。

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

「届出書」及び「添付書類」の写しを保管していますか。

※ 副本の提出は不要となりましたので、ご注意ください。

## 2 診療報酬改定内容に関するご質問の方法

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

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

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

※ 電話による照会は、できる限り控えていただくようご協力願います。

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

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

### 3 その他の周知事項

#### (1) 施設基準の要件の確認等について

- ① 施設基準の要件に適合しているかどうかは、保険薬局の責任で、随時確認しなければなりません。
- ② 施設基準の取扱通知において、変更届の提出が必要とされている事象が生じたときは速やかに変更届を提出してください。  
また、円滑な処理のため、変更届の提出の際には、「届出書」(別添2)の上方余白に変更が生じた具体的な内容を明記してください。
- ③ 施設基準の要件に適合しない場合は、辞退届の提出等の手続きをしてください。  
なお辞退届に記載する辞退の理由は、具体的なものとしてください。  
(記載例)
  - ・後発医薬品調剤体制加算1：平成〇年〇月～平成〇年〇月分の実績が〇%を下回り、要件を満たさなくなったため。
- ④ 施設基準の届出を行った保険薬局は、**毎年7月1日現在**で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告しなければなりません。(詳しくは、7月上旬に近畿厚生局ホームページでお知らせします。)

#### (2) 保険薬剤師の登録について

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

#### (3) 薬剤服用歴管理指導料等の算定について

薬剤服用歴管理指導料等の算定に当たっては、薬剤服用歴への記載を、指導後速やかに完了させるとともに、薬剤情報提供文書の提供、薬剤の服用に関する基本的な説明や残薬の状況などを確認し、必要な指導等を行わなければなりません。

算定に当たっては、要件等を確認の上、適切に行ってください。

#### (4) 薬学管理等におけるプライバシーへの配慮等について

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

#### (5) 明細書の交付について

保険薬局は、原則として患者に無償で明細書を交付しなければなりません。

また、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)についても、自己負担がある患者と同様に、無償交付が原則義務化されました。

つきましては、明細書の交付を適切に行ってください。

#### (6) 個別指導の指摘事項の公表について

近畿厚生局ホームページに、個別指導における主な指摘事項を掲載しています。

これらの指摘事項も参考に、適正な保険調剤・保険請求を行ってください。

# 保険調剤の理解のために

## 保険薬剤師、保険薬局の責務

### ○ 保険調剤の基本的ルール

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

保険調剤として調剤報酬が支払われるには、

- ① 保険薬剤師が
- ② 保険薬局において
- ③ 健康保険法、薬剤師法、医薬品医療機器等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。

### ○ 処方箋

- 調剤にあたっては、処方箋が適正かどうか、又、処方されている医薬品が薬価基準収載品目であり、医薬品医療機器等法承認事項(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箋に必要な記入事項を適切に行うこと。

### ○ 調剤録

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

### ○ 「薬担規則」の重要性、遵守義務

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

# 平成 30 年度診療報酬改定関係疑義照会票（兼：送信票）

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

## ★ 手順1 【照会元】及び【宛先】について、次の①から⑨に記入願います。

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

## ★ 手順2 照会の区分、区分番号、照会項目を、次の①から③に記入願います。

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

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

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

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

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

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

受付印

【以下、厚生局使用欄(記入不要)】

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