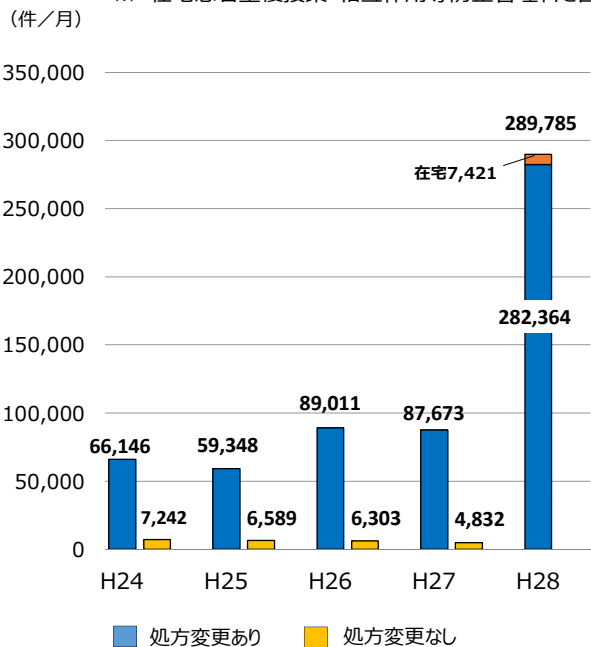


多剤・重複投薬に関する取組の実態

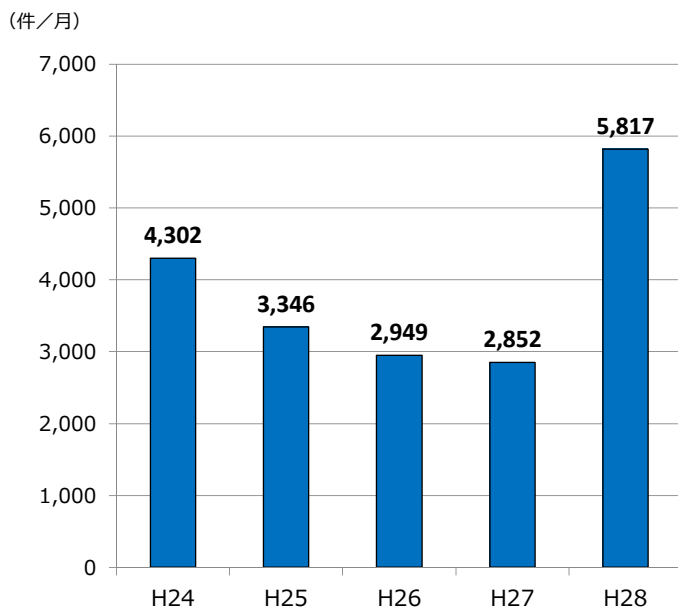
○ 平成28年度診療報酬改定以降、重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定件数は増加している。

➤ 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



➤ 外来服薬支援料の算定件数



出典：社会医療診療行為別統計

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

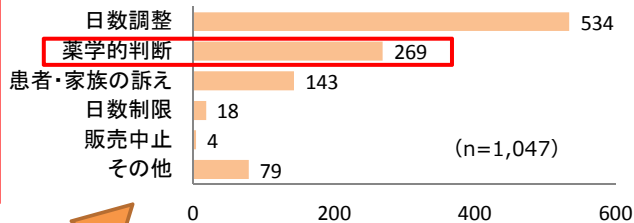
2016年9月1日～11月30日に福岡市内の薬局が応需した処方箋を対象として調査したところ、薬学的な疑義照会率は約2.3%であり、処方変更により適正化される薬剤費は570億円と試算された。

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。

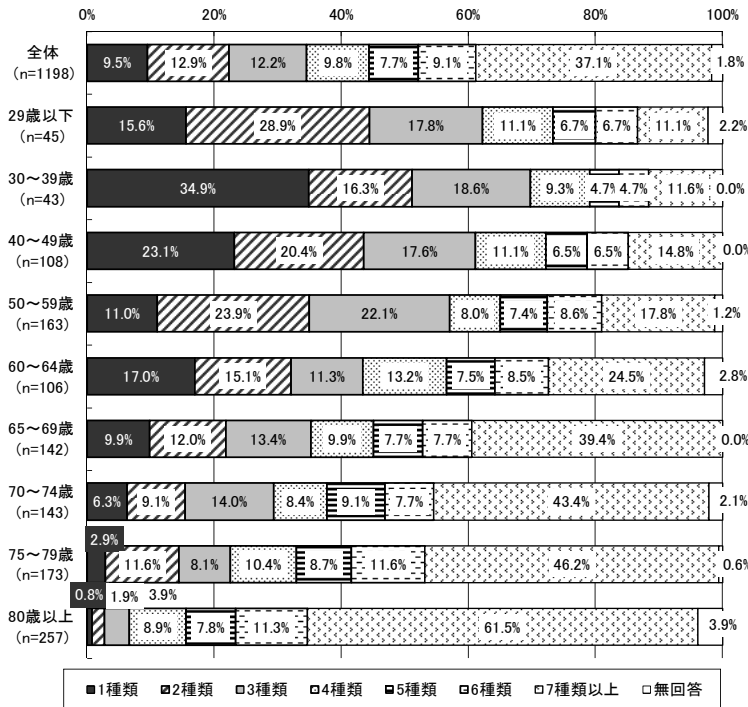
件数	医療経済効果額	2015年全国値（推計）
120件（ハイリスク17件、それ以外103件）	-7,196,000円	-約1,950億円

(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）

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って処方してもらっている薬がある患者）

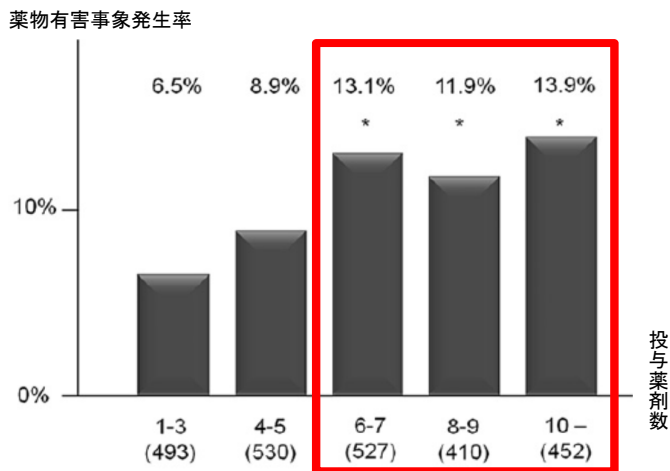


出典) 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(H29かかりつけ薬剤師調査)速報値

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。

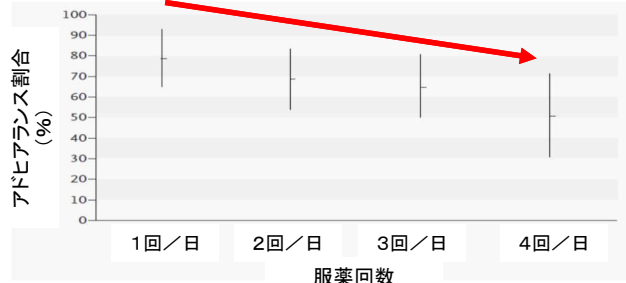
- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

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>

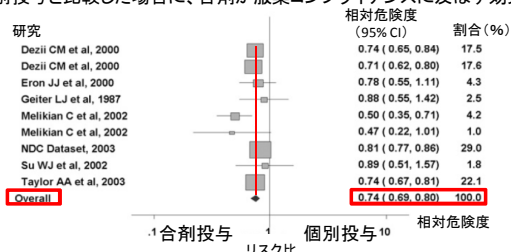
- ・ 服薬頻度と服薬アドヒアランスの相関をみるためのシステマティック・レビュー。
- ・ 76の調査結果をまとめたもの。
- ・ 服薬アドヒアランスは、①dose-taking（処方された薬剤数を適切に服用しているか）、②dose-timing（処方薬を適切な時間に服用しているか）の2つの観点から定義した。

出典：
 ・Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97.
 ・Claxton AL, 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: R²=0.8293

> 退院3ヶ月後調査時: R²=0.6276

※本研究では、R² ≥ 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。

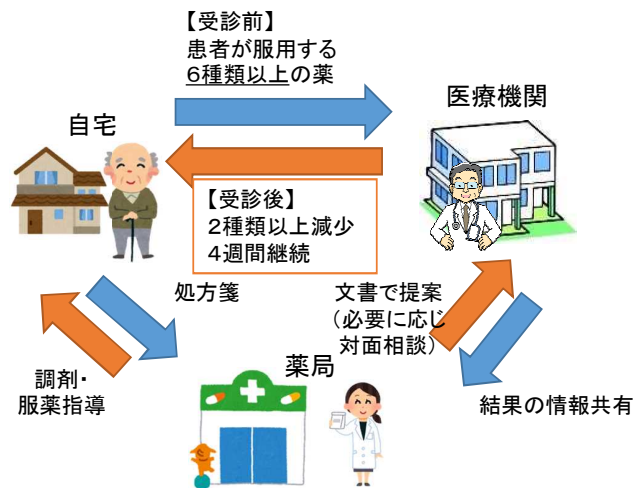
(新) 服用薬剤調整支援料

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。

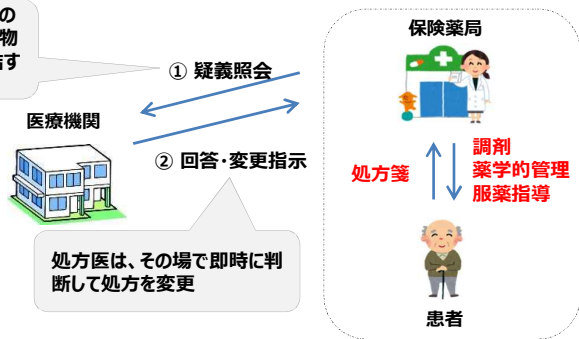


疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案の違いについて

○ 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

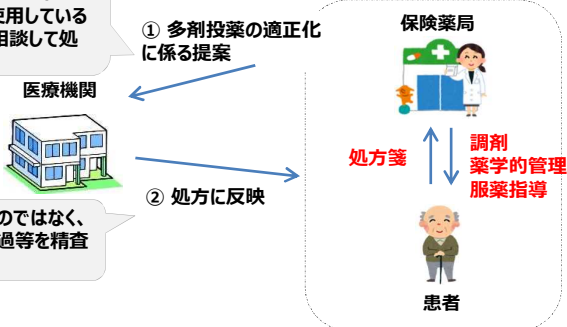


重複投薬・相互作用等防止加算（40点又は30点）

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志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。

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

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番号	調剤指導証・調剤患者手帳の区分・番号
患者 氏名	保険薬局の所在地及び名称
生年月日 年 月 日 男・女	電話番号
区分 経理番号 調剤番号	保険医氏名
交付年月日 平成 年 月 日 処方せんの使用期限	調剤年月日 平成 年 月 日
処方 調剤年月日 平成 年 月 日	処方内容 調剤年月日 平成 年 月 日
調剤年月日 平成 年 月 日	公費負担患者番号
調剤年月日 平成 年 月 日	公費負担患者の受給番号
調剤年月日 平成 年 月 日	公費負担患者の受給番号

- 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 ~~トリアブラム0.125mg錠 不眠時~~ **相互作用の問題(疑義照会)**
 - 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

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>

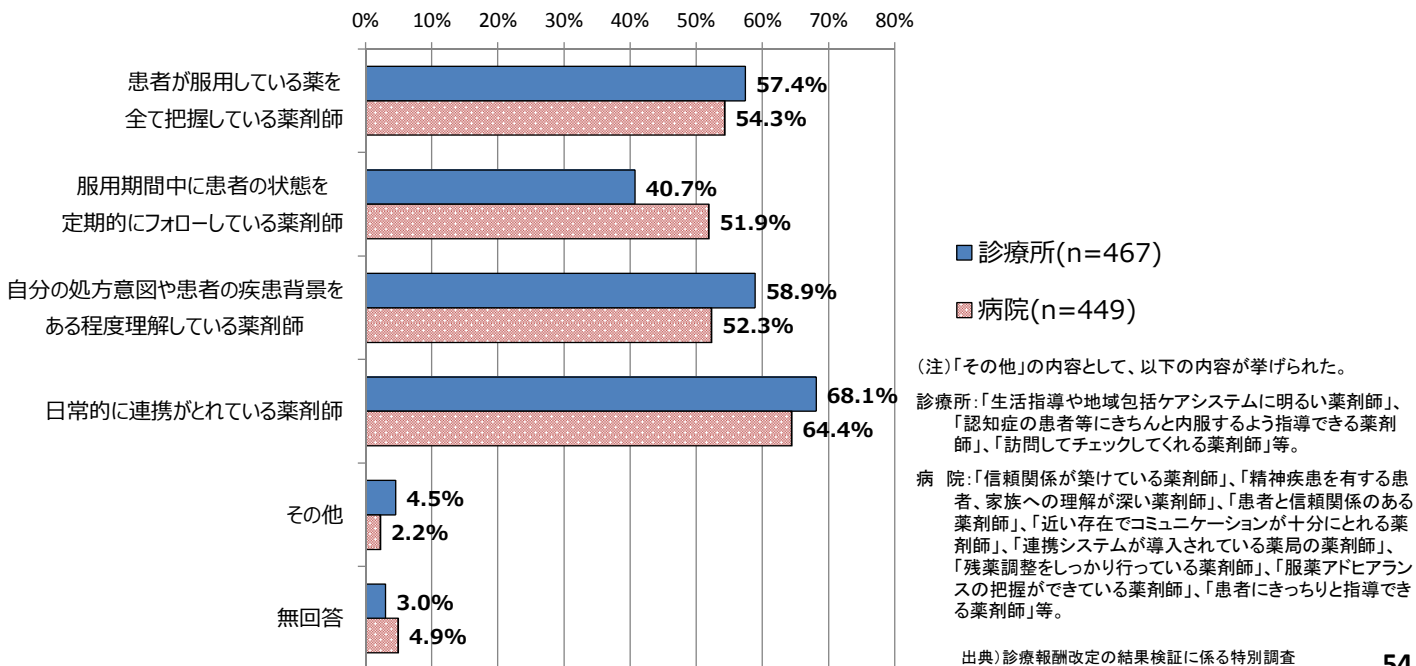
	平成28年 6月
薬剤総合評価調整加算	1,640回
薬剤総合評価調整管理料	11,004回
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算	956回

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

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）

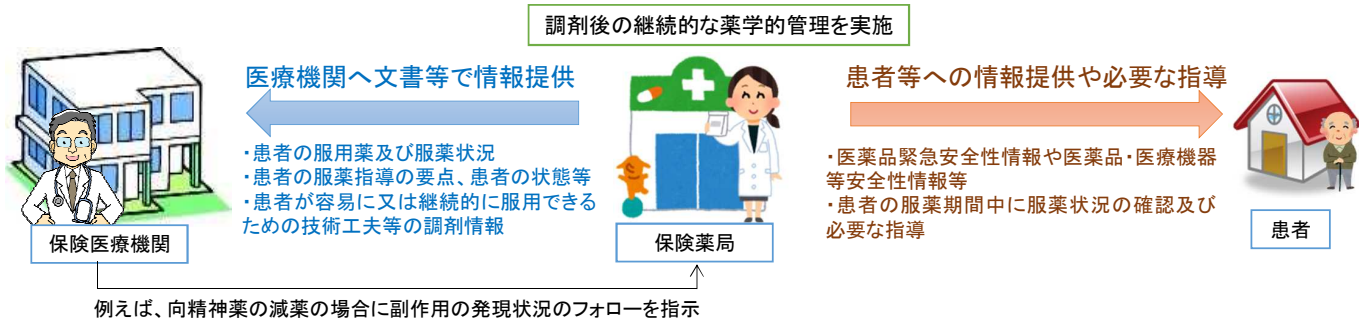


薬局における対人業務の評価の充実②

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。

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 30点 ※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

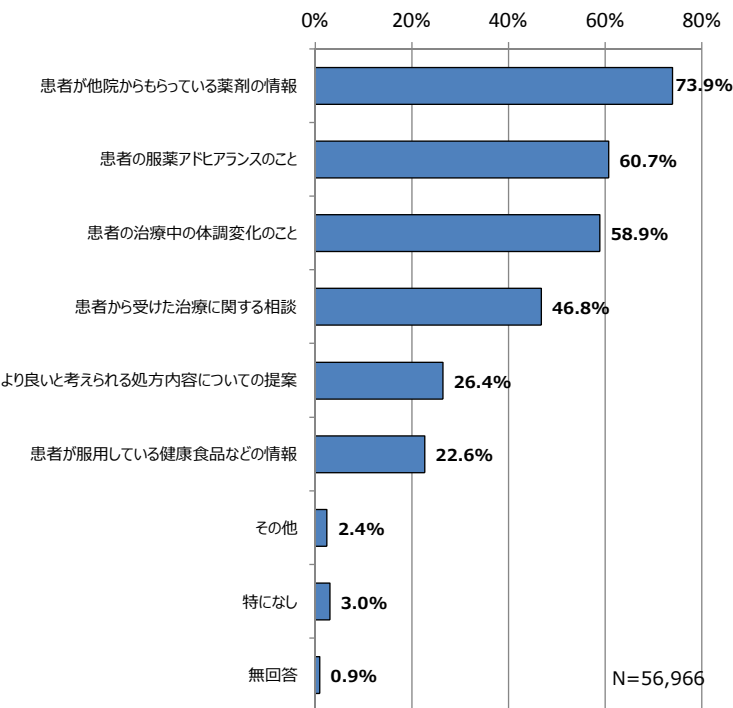


※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

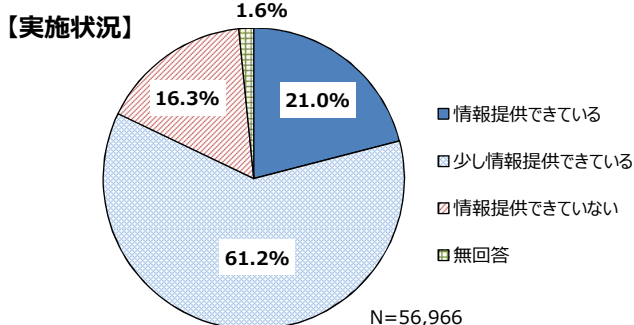
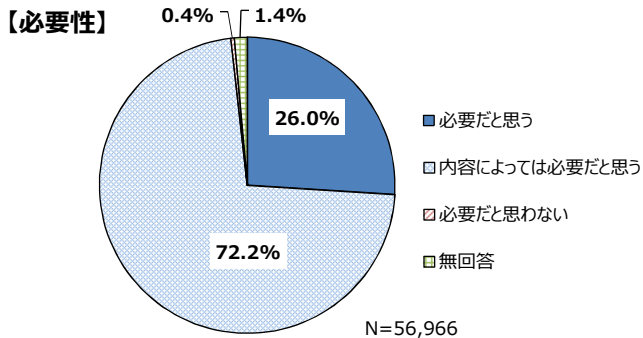
薬局と医療機関の連携として有効と考えられる情報

○ 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



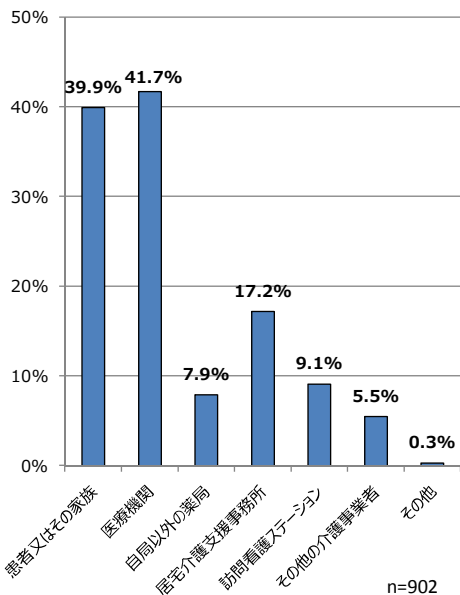
➤ 疑義照会とは別に、医療機関にフィードバックすることが有効と考えられる情報について



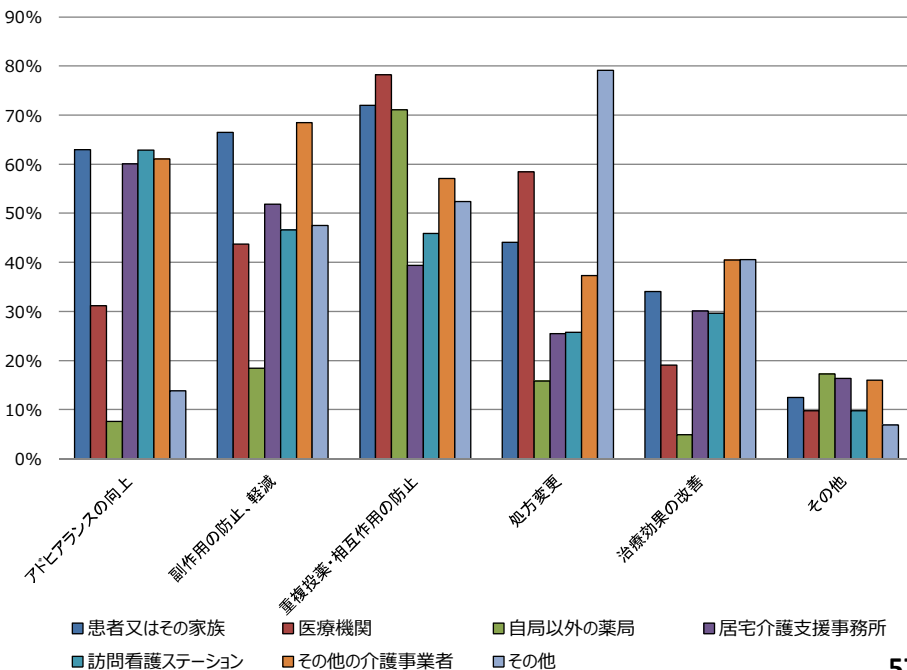
服薬情報等の提供の有無とその効果

○ 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)



H29医療課委託調査（薬局の機能に係る実態調査）

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

重複算定は不可

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
□ 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】	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
□ 残薬調整に係るものの場合	30点

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。	12点

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	改定後
<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>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</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点</p> <p>3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 38点</p> <p>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。</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>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</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点</p> <p>3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 41点</p> <p>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。</p>

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	改定後
15日分以上 21日分以下の場合 70点	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 80点	22日分以上 30日分以下の場合 78点
31日分以上の場合 87点	31日分以上の場合 86点

59

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	変更後
<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の情報</p> <p>オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点</p> <p>カ 服薬状況</p> <p>キ 残薬の状況</p> <p>ク 患者の服薬中の体調の変化</p> <p>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</p> <p>コ 合併症を含む既往歴に関する情報</p> <p>サ 他科受診の有無</p> <p>シ 副作用が疑われる症状の有無</p> <p>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</p> <p>セ 後発医薬品の使用に関する患者の意向</p> <p>ソ 手帳による情報提供の状況</p> <p>タ 服薬指導の要点</p> <p>チ 指導した保険薬剤師の氏名</p>	<p>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)</p> <p>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)</p> <p>ウ 患者の体質(アレルギー歴、副作用歴等を含む)、<u>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</u></p> <p>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。)</p> <p>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</p> <p>カ 服薬状況(残薬の状況を含む。)</p> <p>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</p> <p>ク 服薬指導の要点</p> <p>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)</p> <p>コ <u>今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点</u></p> <p>サ 指導した保険薬剤師の氏名</p>

60

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

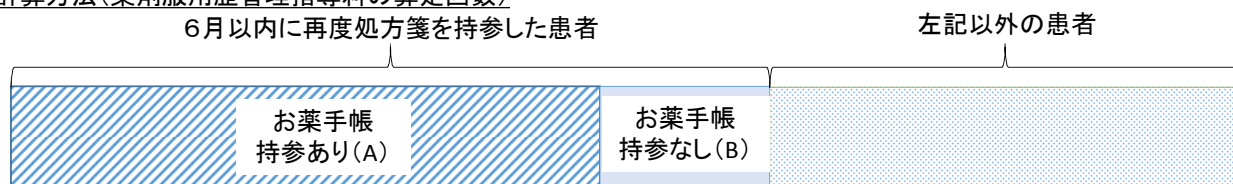
なお、この場合において、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。

[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。

61

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。



62

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)

平成30年度診療報酬改定の概要－調剤 I、II

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

1. かかりつけ薬剤師の推進
2. 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

1. 薬局における対人業務の評価の充実
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。

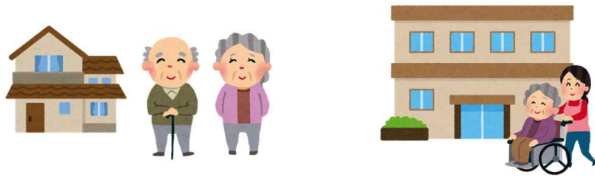
在宅患者訪問薬剤管理指導料

➤ 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、訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下の場合

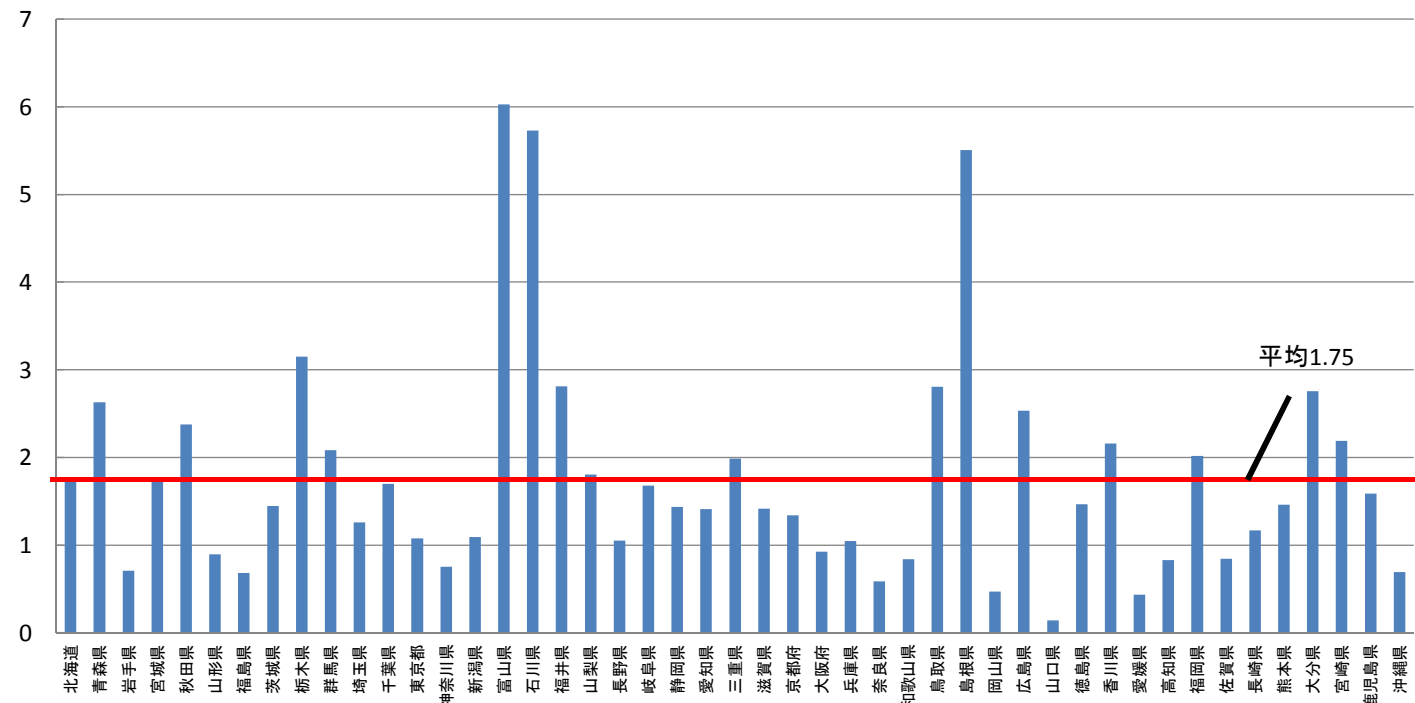
➤ 医療機関の薬剤師が実施する場合も同様に見直し。

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



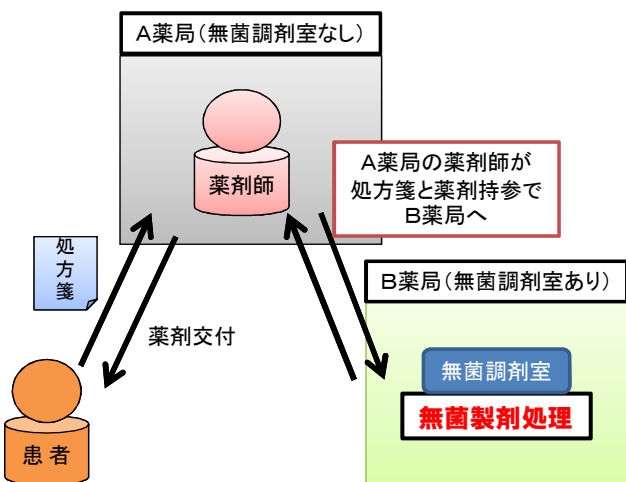
無菌調剤室の共同利用について

○ 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。

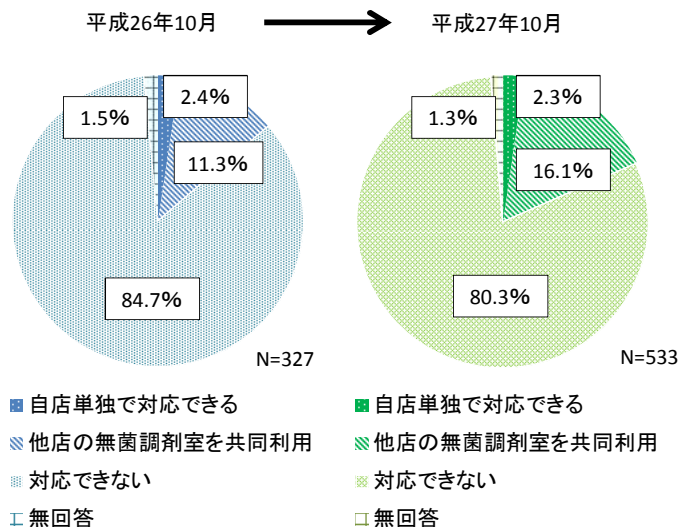
医薬品医療機器法 施行規則

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 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。

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

1. 薬価制度の抜本改革の推進（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科Ⅰ」参照）
3. 費用対効果の評価（「医科Ⅱ」参照）
4. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科Ⅰ」「医科Ⅱ」参照）

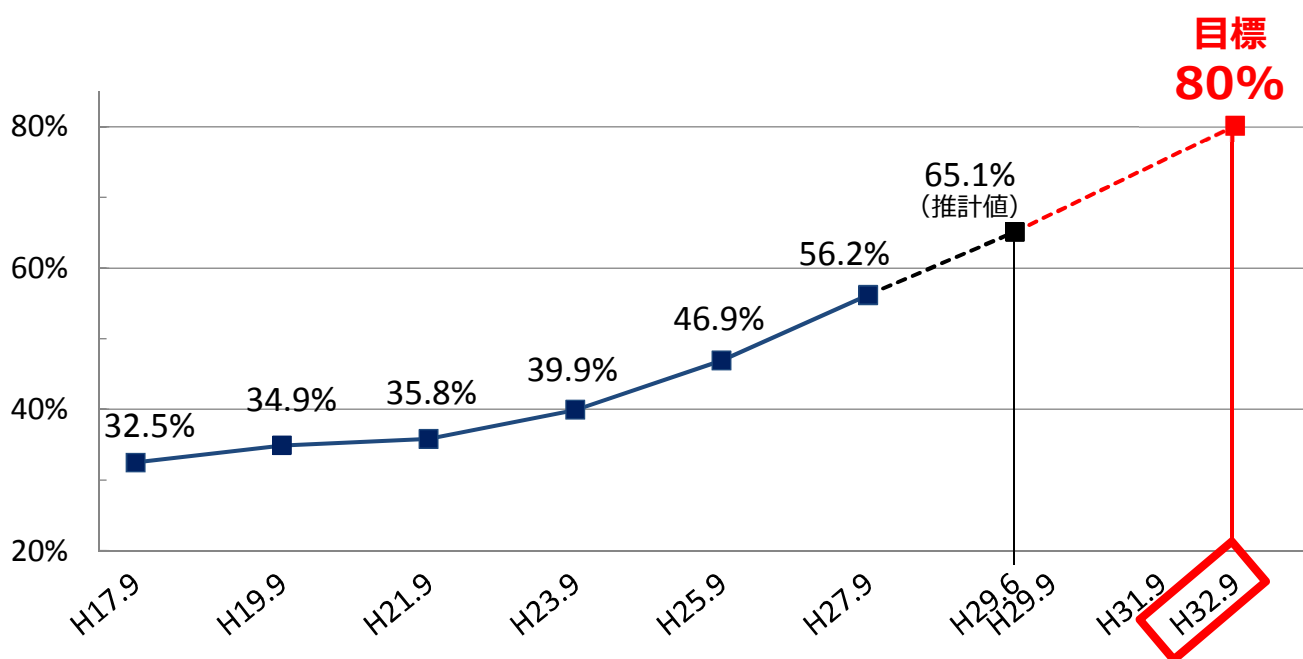
69

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

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 75%以上	18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	6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	
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(85%以上)	45点
後発医薬品使用体制加算2(80%以上)	40点
後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算4(60%以上)	22点

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(85%以上)	5点
外来後発医薬品使用体制加算2(75%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	2点

- 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。)

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

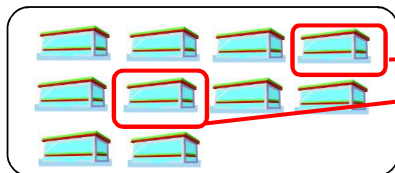
Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科Ⅰ」参照）
3. 費用対効果の評価（「医科Ⅱ」参照）
4. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科Ⅰ」「医科Ⅱ」参照）

いわゆる門前薬局等の評価の見直し①（特例の拡大）

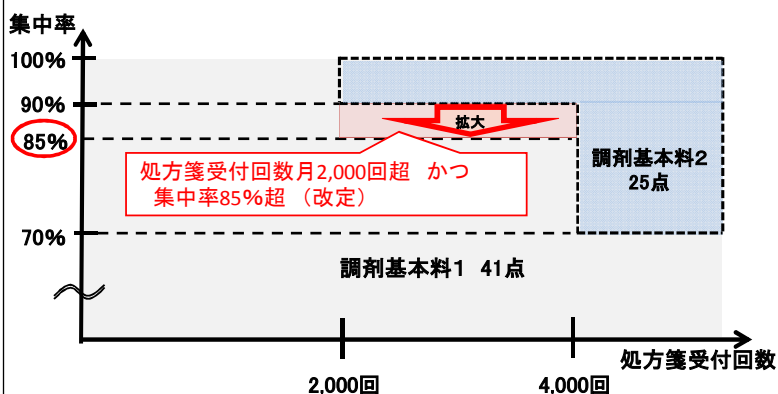
- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【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 集中率70%超
- ・処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中率90%超
- ⇒ 処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中率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（集中率にかかわらず対象）

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。

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

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

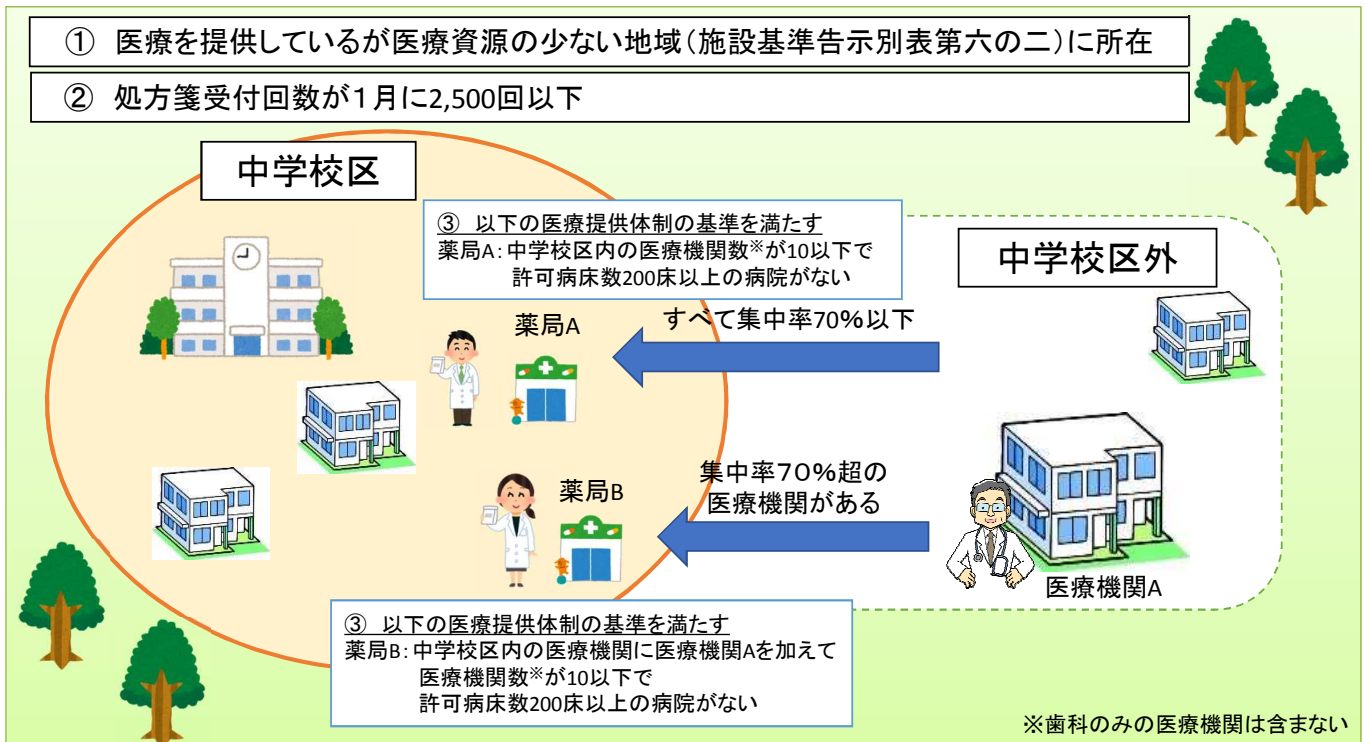
- (1) アの「不動産の賃貸借取引関係」については、調剤基本料3の場合に準じて取り扱う。
- (2) イは、平成28年10月1日以降に病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している場合に適用することとし、譲り受けた者が更に別の者に譲り渡した場合を含め、譲り受けた者にかかわらず適用する。
- (3) ウは、**保険薬局が有する会議室等の設備について、特定の病院である保険医療機関に対する貸与時間の割合がそれ以外のものへの貸与時間全体の3割以上である場合**であること。ただし、災害等の発生により、緊急にやむを得ず当該保険医療機関に貸与した場合は、当該貸与に係る時間は含めない。
- (4) 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。

76

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



・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

5. その他の調剤報酬改定関連事項

平成30年度診療報酬改定

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	
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・被保険者手帳の記号・番号
氏名	医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号
区分	被保険者
交付年月日	処方期間
処方	処方内容
保険医署名	以下 余白
調剤年月日	公費負担者番号
保険薬局の所在地及び名称	公費負担医療の受給者番号

分割指示に係る処方箋 2分割の回数

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。

分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数(回数)を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数(回数)を付記する。

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 〇〇〇-XXXX-XXXX FAX番号 〇〇〇-XXXX-XXXX
 その他の連絡先 メールアドレス XXXX@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

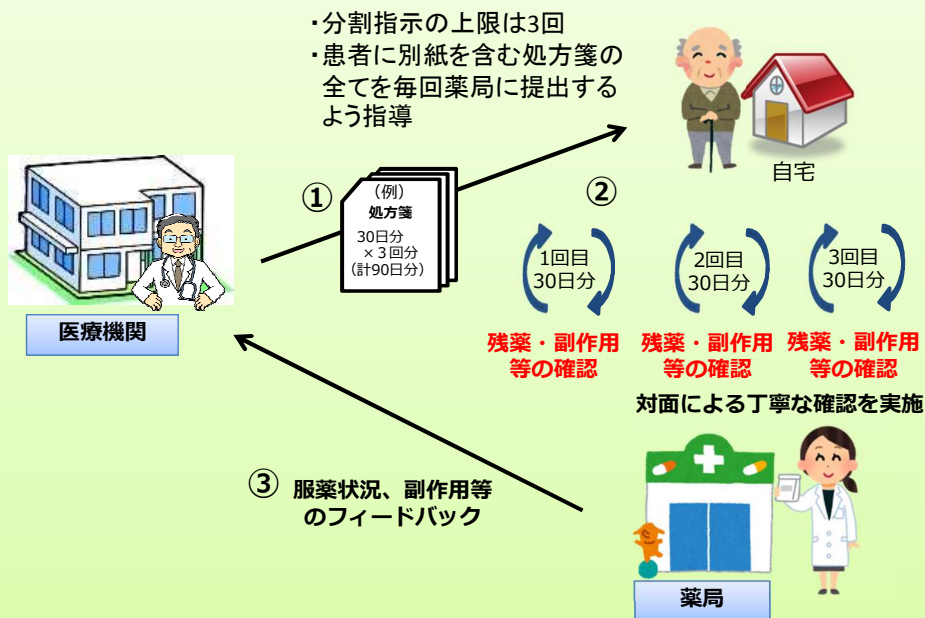
3回目を受け付けた保険薬局

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、保険薬剤師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 患者から次回は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]

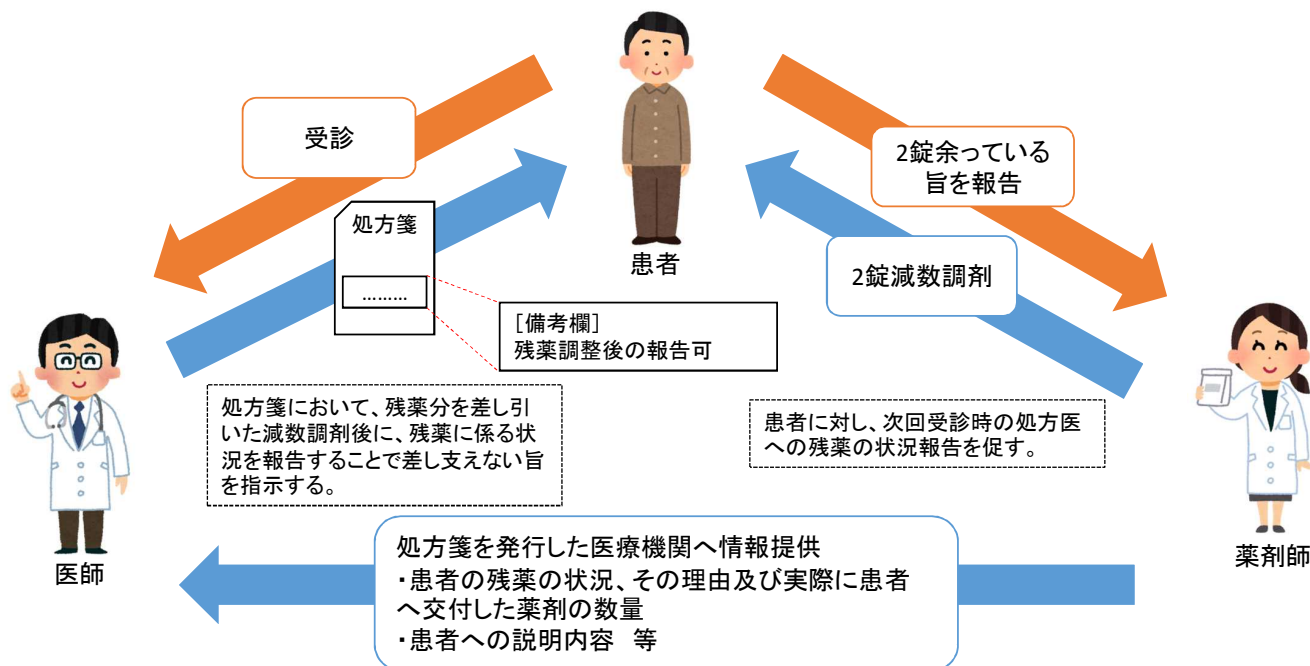
ア 別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

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)



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)
- 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。
 - 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)
- 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)
- 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。
 - 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)
- 向精神薬や抗菌薬をはじめ、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)
- 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。
 - 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**

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)
- 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、
 - 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、
 - 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、
 - 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)
- 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)
- 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)
- 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。
 - 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)
- 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。

(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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">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</div>
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）

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）

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

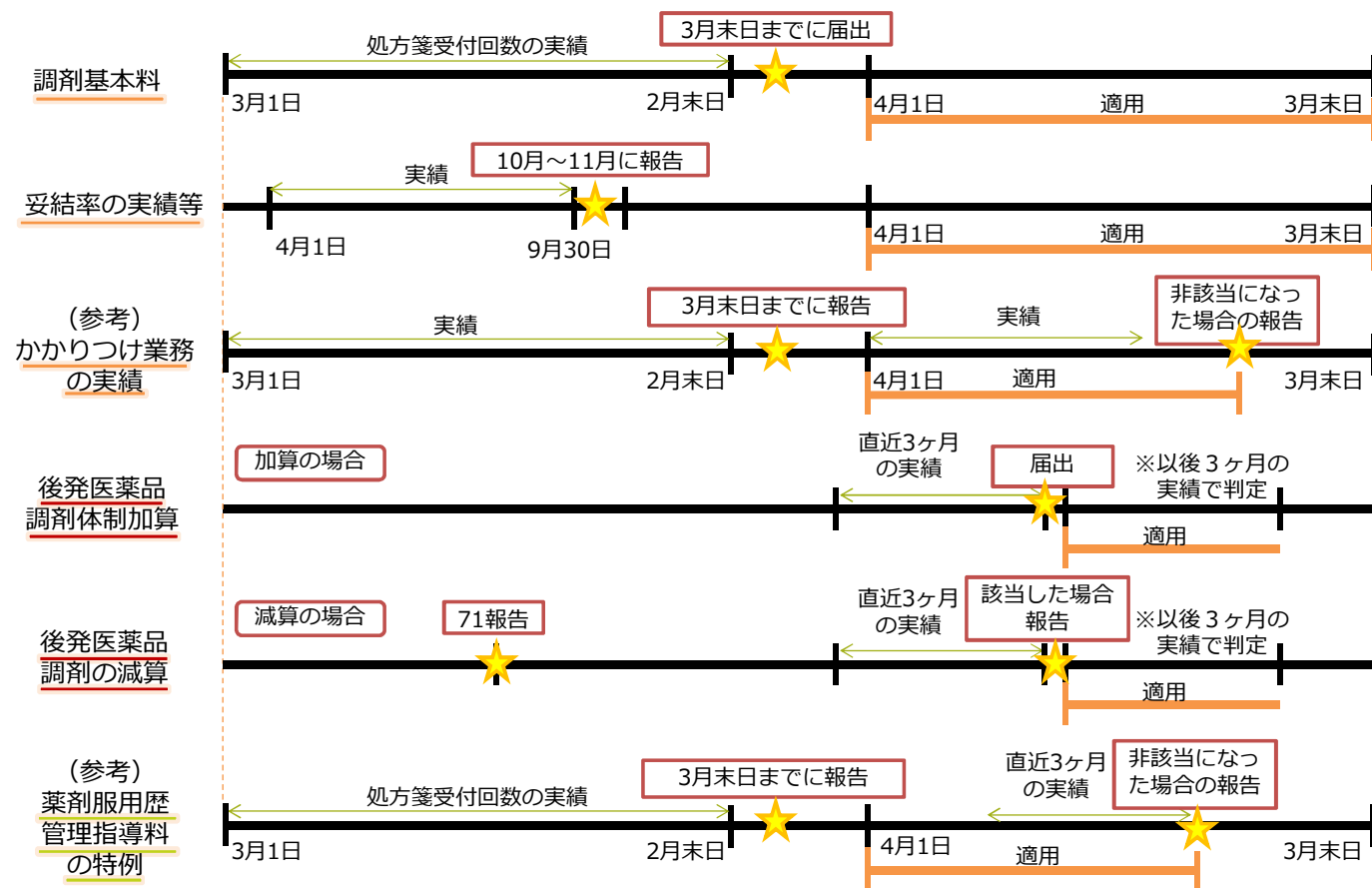
➤ 施設基準が改正されたもの

- 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

