

改定時集団指導用資料

平成30年度診療報酬改定等（調剤）

この資料に掲載されている内容及び通知などについては、
平成30年3月5日現在において厚生労働省で示した内容に
よるものであり、取扱いが変更となる場合があります。
最新の内容は、その後に追加された通知などにより、ご確
認をお願いします。

関 東 信 越 厚 生 局

【 目 次 】

1. 平成30年度診療報酬改定について	1
2. 平成30年度診療報酬改定の概要 調剤	2
3. 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について	
(1) 通知	27
(2) 別添3	27
4. 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きについて	
(1) 通知	36
(2) 別添1 特掲診療料の施設基準等（抜粋）	51
(3) 別添2 特掲診療料の施設基準に係る届出書（抜粋）	55
5. 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び 保険薬剤師療養担当規則等の一部を改正する省令	61

平成 30 年度診療報酬改定 関係省令・告示一覧表

保発 0305 第 1 号

平成 30 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局長
都道府県知事 } 殿厚生労働省保険局長
(公印省略)

平成 30 年度診療報酬改定について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）等の関係告示等が別添のとおり公布（一部未定）され、本年 4 月 1 日から適用されることとなった。

これらの改正の趣旨及び概要は、別紙「平成 30 年度診療報酬改定の概要」のとおりであるので、貴管内の関係団体への周知徹底について格段の御配慮をお願いしたく通知する。

No.	省令又は告示の名称	公布又は告示（予定）日	法令番号
1	保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令	3 月 5 日	厚生労働省令第 20 号
2	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準等の一部を改正する告示	3 月 5 日	厚生労働省告示第 41 号
3	療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する告示	3 月 5 日	厚生労働省告示第 42 号
4	診療報酬の算定方法の一部を改正する件	3 月 5 日	厚生労働省告示第 43 号
5	基本診療料の施設基準等の一部を改正する件	3 月 5 日	厚生労働省告示第 44 号
6	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	3 月 5 日	厚生労働省告示第 45 号
7	使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件	3 月 5 日	厚生労働省告示第 46 号
8	特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件	3 月 5 日	厚生労働省告示第 47 号
9	訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件	3 月 5 日	厚生労働省告示第 48 号
10	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件	3 月 5 日	厚生労働省告示第 49 号
11	厚生労働大臣が定める指定訪問看護の一部を改正する件	3 月 5 日	厚生労働省告示第 50 号
12	入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準の一部を改正する件	3 月 5 日	厚生労働省告示第 51 号
13	複数手術に係る費用の特例を定める件	3 月 20 日	（未定）
14	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件	3 月 20 日	（未定）
15	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件	3 月 20 日	（未定）
16	厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名の一部を改正する件	3 月 20 日	（未定）
17	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数 I 及び機能評価係数 II の一部を改正する件	3 月 20 日	（未定）
18	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部を改正する件	3 月 26 日	（未定）
19	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省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3 月 26 日	（未定）
20	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3 月 26 日	（未定）
21	要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件	3 月 26 日	（未定）

平成30年度診療報酬改定の概要

平成30年度診療報酬改定の概要

調剤

厚生労働省保険局医療課

※ 本資料は現時点での改定の概要を紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。

1

平成30年度診療報酬改定の概要

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

医科（「医科Ⅰ」参照）

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科（「歯科」参照）

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤

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

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善（「医科Ⅰ」参照）
2. 業務の効率化・合理化（「医科Ⅰ」参照）

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

医科（「医科Ⅰ」「医科Ⅱ」参照）

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2~8) (略)

歯科（「歯科」参照）

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

調剤

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

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）

団塊の世代が75歳以上となる2025年とそれ以降の社会・経済の変化や技術革新への対応に向けて、平成30年度診療報酬改定により、質が高く効率的な医療提供体制の整備とともに、新しいニーズにも対応できる質の高い医療の実現を目指す。

診療報酬本体 +0. 55%

各科改定率	医科 +0. 63%
歯科	+0. 69%
調剤	+0. 19%

薬価等

①薬価 ▲1. 65%

※ うち、実勢価等改定 ▲1. 36%
薬価制度の抜本改革 ▲0. 29%

②材料価格 ▲0. 09%

なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

平成30年度調剤報酬改定の概要

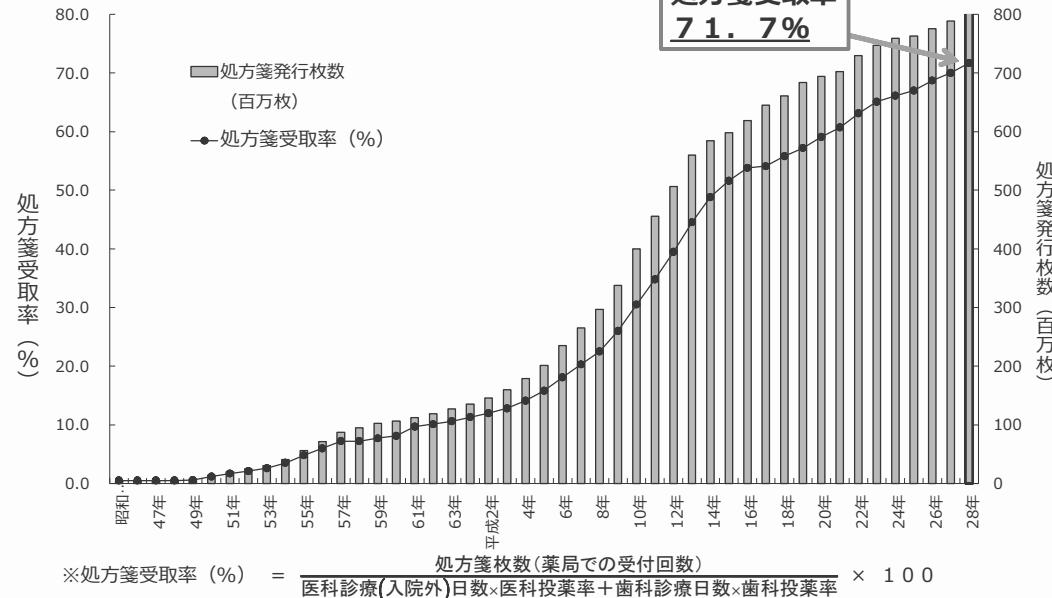
1. かかりつけ薬剤師・地域医療に貢献する薬局の評価
2. 薬局における対人業務の評価の充実
3. 後発医薬品の使用促進
4. いわゆる門前薬局の評価の見直し
5. その他の調剤報酬改定事項
6. 地方厚生局への届出と報告

2

4

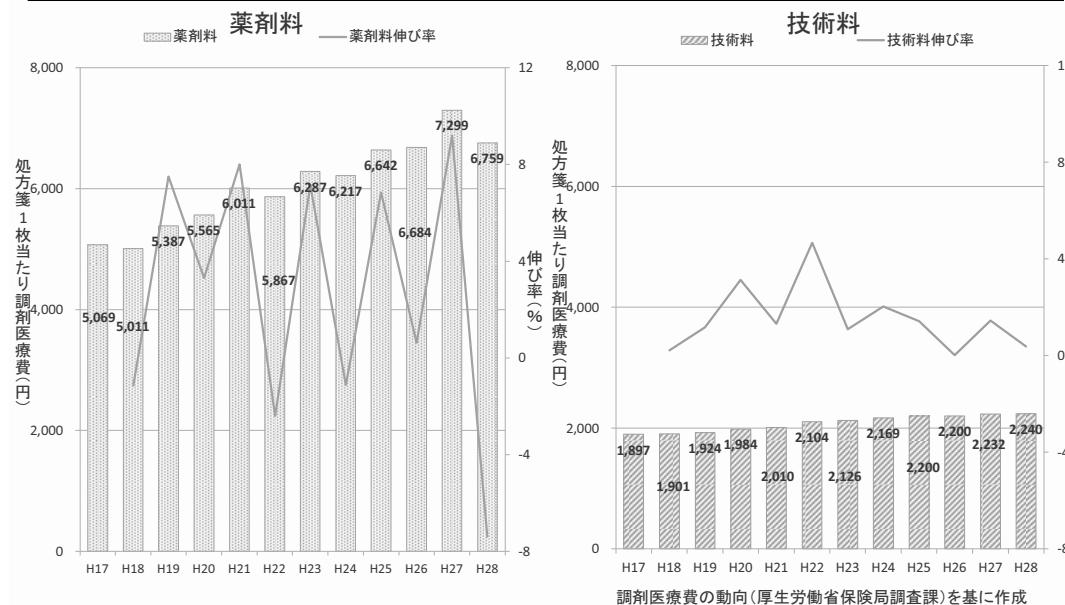
処方箋受取率の年次推移

平成28年度
処方箋受取率
71.7%



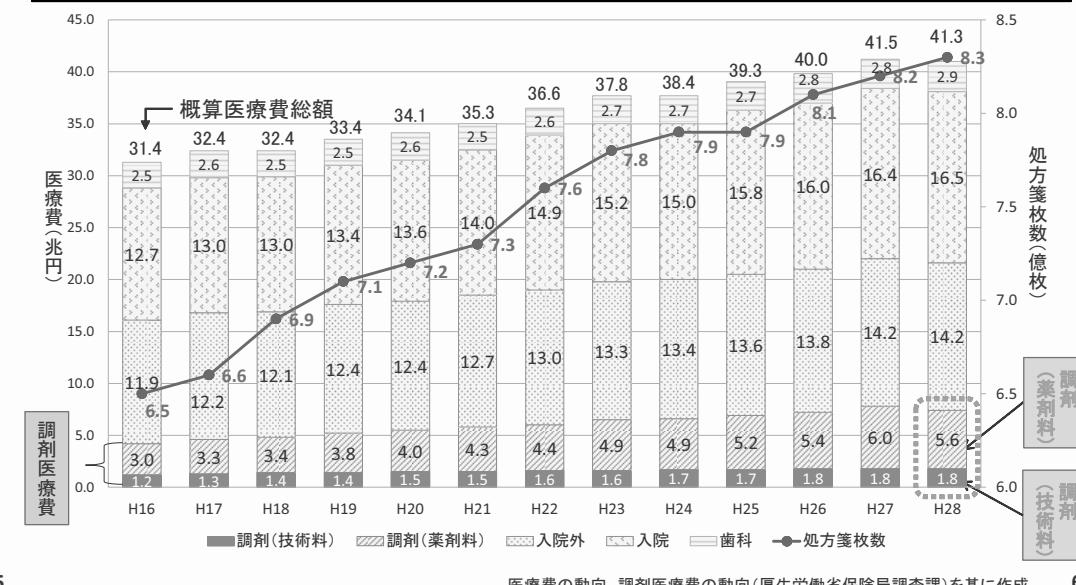
処方箋1枚当たり調剤医療費の推移

調剤医療費を処方箋1枚当たりでみると、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。



医療費と調剤医療費の推移

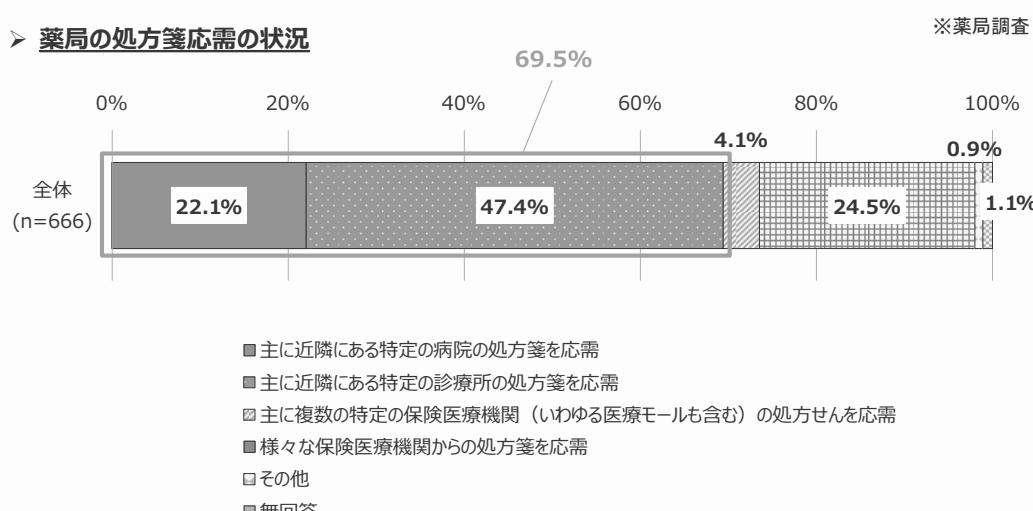
○ 調剤医療費の伸びの大部分は薬剤料。これには、院外処方への切替えにより、入院外に計上されていた薬剤料が調剤医療費に振り替わった分が含まれている。



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。

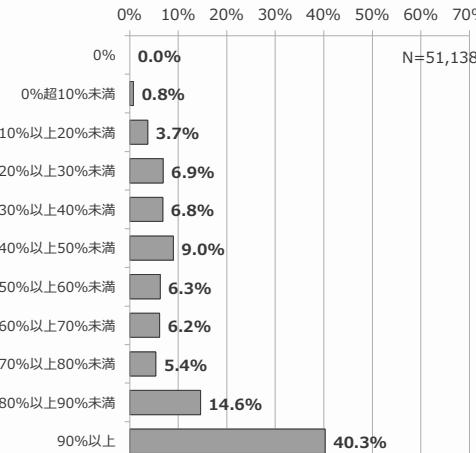
薬局の処方箋応需の状況



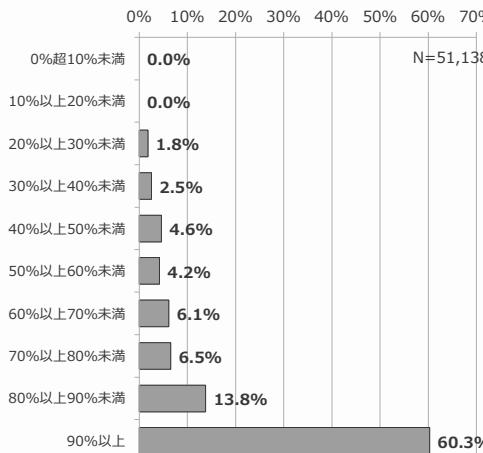
特定の医療機関からの処方箋集中率

- 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



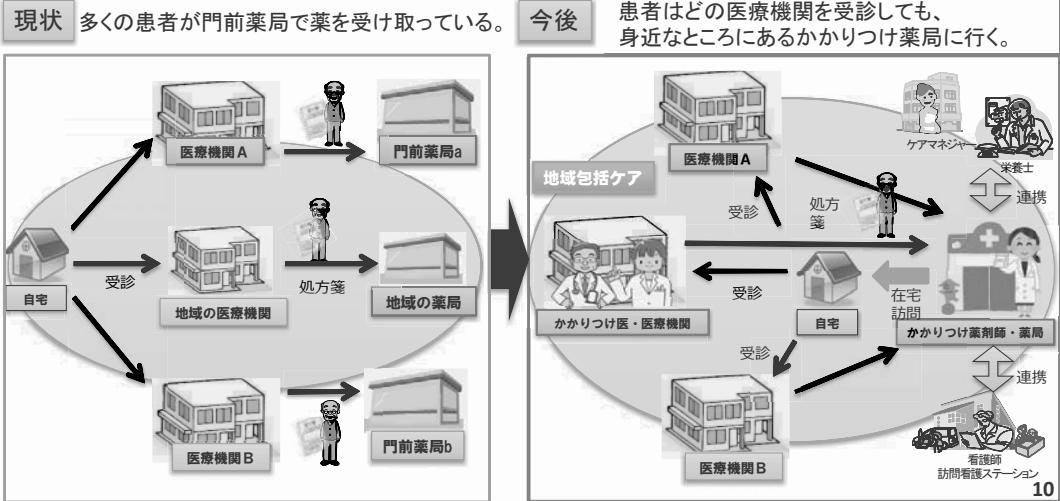
(出典)平成28年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

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)



「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
 - I CT (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

かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

平成27年10月23日
厚生労働省公表資料改変

- 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

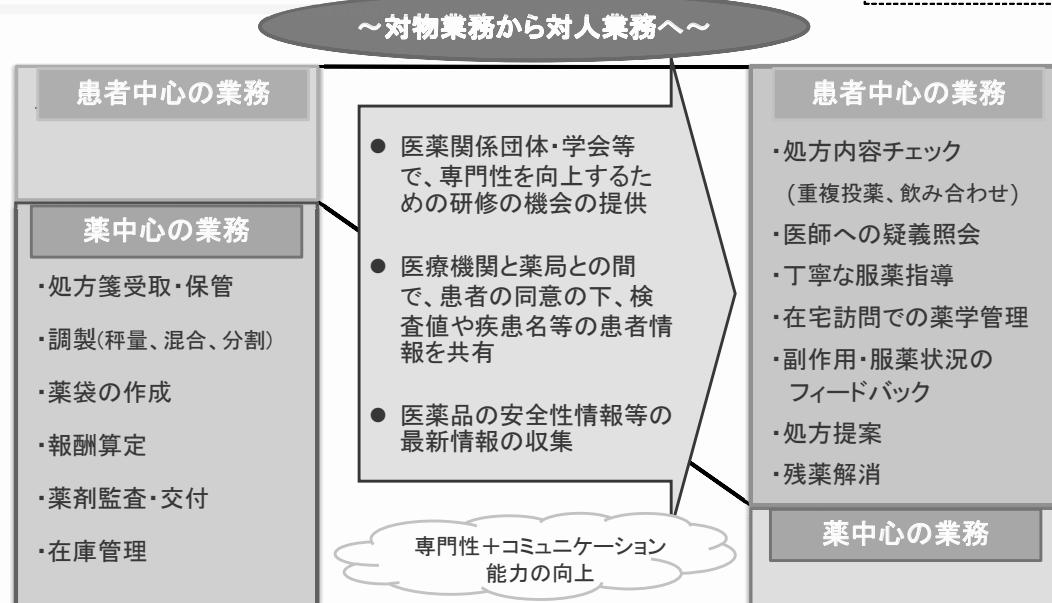
- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
 - 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
 - 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関わる。
- (参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を得る)
 - ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
 - ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

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。

○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



13

参考

行政事業レビューにおける取りまとめ意見

平成29年11月16日 秋のレビュー（秋の年次公開検証）歳出改革WGによる取りまとめ概要

歳出改革WG評議者 ※○は取りまとめ評議者

石井 雅也	太陽有限責任監査法人 パートナー
石堂 正信	公益財団法人交通協力会常務理事
河村 小百合	(株)日本総合研究所調査部上席主任研究員
○佐藤 主光	一橋大学国際・公共政策大学院教授
(参考人) 伊藤 由希子	津田塾大学総合政策学部准教授

論点

- 調剤技術料は、薬局のどのような機能や付加価値を評価して設定されているのか。
- また、調剤報酬により生じる院内処方と院外処方のコスト差は、薬局の実態や院外処方の付加価値に照らして妥当な水準といえるのか。
- 薬局の果たす機能、薬局の形態による収益性の差異を踏まえ、現在の調剤基本料の設定の在り方は適正といえるのか。

取りまとめ

- 現行の調剤技術料はサービスの価値の如何を問うことなく、費用を補填する仕組みになっているのではないか。3倍に見合う価値が検証されていないのではないか。
- 調剤技術料については全体的に引き下げを含めメリハリのある仕組みを作るべきではないか。
- 調剤基本料は医薬分業が定着していることからその役割を終えているのではないか。
- チェーン薬局、門前薬局については、実態を踏まえ一層引き下げの余地があるのではないか。
- かかりつけ薬局はいまだ少数であり、このままの体系で進めるには疑問の余地がある。
- 全体的にメリハリのある報酬設定にすべき。実態を踏まえ、どれぐらいの価値を生み出しているか、患者目線での検討が望まれる。
- 加算は、一部しかやっていない、理想像の薬局をベースとして決めているのではないか。今後、証拠に基づく政策立案（EBPM）の視点による調剤報酬設定が急がれるのではないか。

15

（平成29年6月9日閣議決定）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等

調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進める。

薬剤の適正使用については、病状が安定している患者等に対し、残薬の解消などに資する、医師の指示に基づくリフィル処方の推進を検討する。また、重複投薬や多剤投与の適正化について、医師、薬剤師それぞれの役割を踏まえ、保険者等と連携した取組を推進するとともに、高齢者の生活習慣病治療薬等の重複投薬や多剤投与を含む処方の在り方について検討し、国内外の調査を踏まえ、ガイドラインの作成を含め、適正な処方に係る方策の検討を進める。

行政事業レビュー 29. 11. 16
内閣官房行政改革推進本部事務局提出

診療報酬 (調剤技術料)

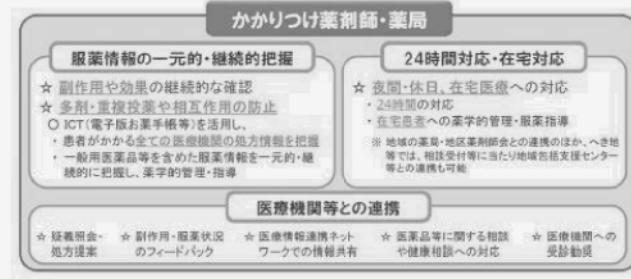
平成29年11月16日
内閣官房行政改革推進本部事務局

14

16

厚労省が目指す「かかりつけ薬剤師・薬局」

- 地域で暮らす患者本位の医薬分業へ

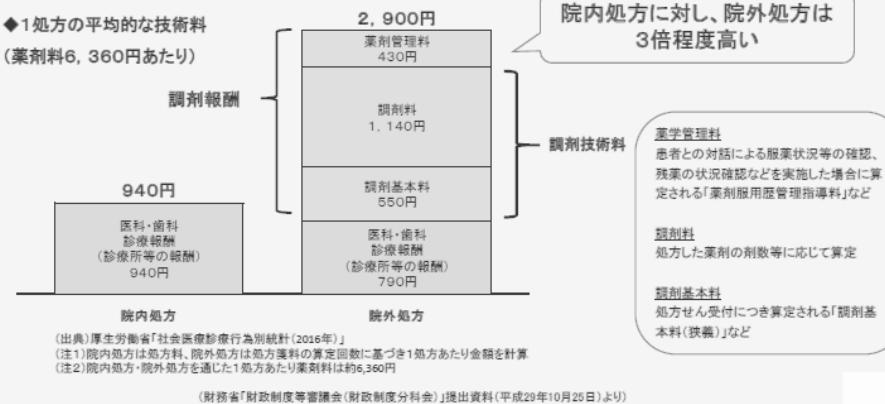


薬物療法の安全性・有効性の確保、医療費の適正化

(厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」(平成27年10月)より抜粋)

院内処方と院外処方のコスト差

- 処方する薬剤が同じ金額の場合でも、院内処方と院外処方で診療報酬(技術料)に大きな差が生じている。



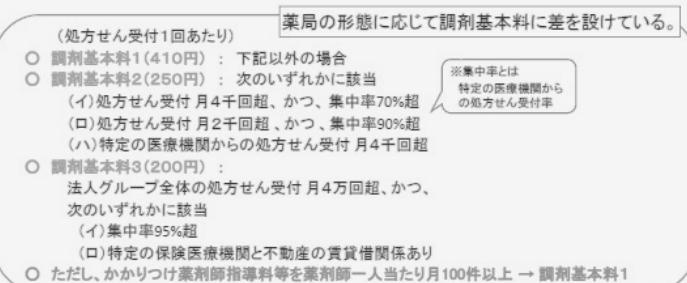
薬局の形態の多様化

薬局数は近年増加し、機能や形態が多様化している。

- 大型含む門前薬局が多数であり、面分業をおこなっている薬局は少数。
- 大手調剤チェーンが増加し、多店舗展開により収益率が高くなる傾向。

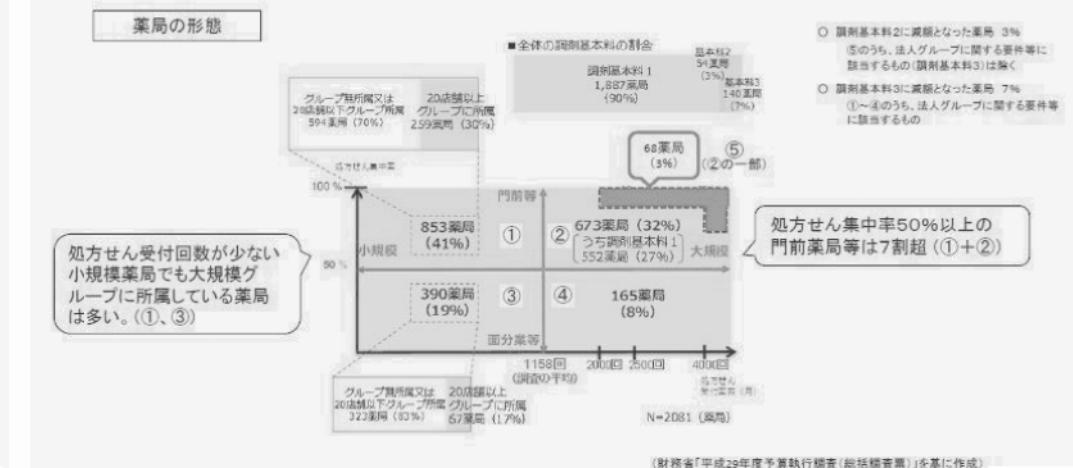
※ 門前薬局：病院の付近にあり、主としてその病院の処方箋を対象とする保険薬局
※ 大手調剤チェーン：20店舗以上の店舗をもつ大手保険薬局

厚生労働省が目指すべき「かかりつけ薬局」が実現しているとはいえないのではないか。



17

薬局の形態の多様化



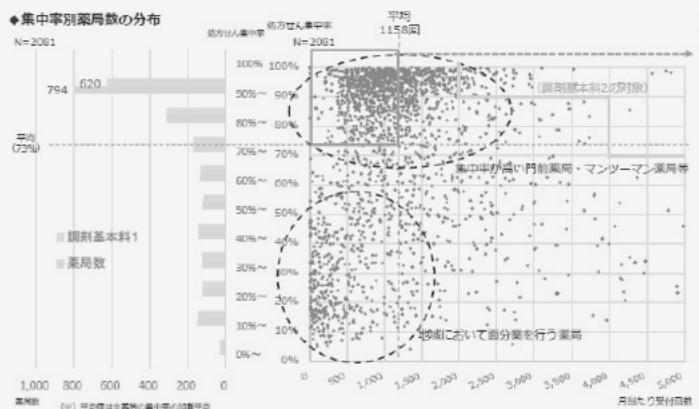
19

20

薬局の形態の多様化

行政事業レビュー 29. 11. 16
内閣官房行政改革推進本部事務局提出

集中率別薬局の分布とグループへの所属状況



(財務省「平成29年度予算執行調査(総括調査票)」より) ※前ページ図と同調査

薬局の形態の多様化

行政事業レビュー 29. 11. 16
内閣官房行政改革推進本部事務局提出

1店舗あたりの保険薬局の店舗数別損益状況

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	95,374	105,641	99,781	141,903
IV. 総損益差額	5,710	6,235	12,976	26,661

(出典)第21回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告(平成29年実施)

複数の大手調剤チェーンにおいて不正に保険請求をした事例が発生
処方せん集中率を実態よりも低くし、高い調剤基本料が算定できるよう、実際に医薬品を調剤した薬局とは別の薬局に処方せんを送りし、送付先の薬局で調剤したものとする事例など

論点

調剤技術料は、薬局のどのような機能や付加価値を評価して設定されているものか。また、調剤報酬により生じる院内処方と院外処方のコスト差は、薬局の実態や院外処方の付加価値に照らして妥当な水準といえるのか。

薬局の果たす機能、薬局の形態による収益性の差異を踏まえ、現在の調剤基本料の設定の在り方は適正といえるのか。

診療報酬(調剤技術料)



平成29年11月16日(木)
厚生労働省 保険局

調剤技術料の評価内容と患者メリット

平成29年11月16日
行政事業レビュー資料

- 医師が患者に処方箋を交付し、薬局の薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師が独立した立場で業務を分担し、薬物療法の有効性及び安全性の向上を通じ、国民医療の質的向上を図る。
- 薬局の薬剤師は、患者の薬歴管理を行い、重複投薬、相互作用の有無を確認し、患者に適した薬となるよう医師と調整とともに、薬の効果、副作用、用法などについて、患者に説明（服薬指導）する。

○ 評価内容

- 以下を踏まえ処方内容を確認
 - ・薬が正しく飲めているか（余っていないか）確認
 - ・反復継続して副作用があるか薬が効いているか確認
 - ・併用している薬や飲食物の確認
- 処方に疑義や変更の必要がある場合、処方元の医師に問い合わせ、変更の相談
- 後発医薬品の使用促進
- 薬の調製、飲みやすい形への変更・工夫
- 医薬品の服用方法、保管方法の説明
- 副作用など使用時に注意すべき事項の説明
- お薬手帳の提供
- 患者の服用状況や指導内容などの記録
- 調剤後の継続的な電話での相談対応
- 患者の服薬状況の医師との共有
- 医薬品安全情報の収集 など

○ 患者のメリット

- 自分に合った薬が確認し、医師と調整してもらえる
- 薬が余っていれば、医師と調整してもらえる
- 効き目が同じで安価な薬がもらえる
- 薬が飲みやすくなる
- 薬を正しく使用できる
- 自分の薬を知り、自分の薬の記録が作れる
- 服用歴を踏まえ、継続的な薬のチェックが受けられる
- 服用期間中の不安が解消できる
- 服用期間中の副作用等の情報が医師と共にされ、その後の処方に反映される。

調剤技術料には、上記の薬剤師が行う業務にかかる費用の他、医薬品備蓄、診療報酬請求にかかる設備や人件費などが含まれる。

25

院内と院外の評価の違い

平成29年11月16日
行政事業レビュー資料

- 院内も院外も薬剤師が行う業務は基本的に同様に評価。
- 院外（薬局）の場合、一般に医薬品の備蓄数が多く負担が大きい。また、多剤処方等により注意を要する事例が多い。

	院内（医療機関）	院外（薬局）
調剤（技術） 基本料	8点 (外来) 42点 (入院) ※医療機関全体にかかる建物や設備などの経費は、初診料・再診料に含まれる	41点 以下の薬局の運営経費 ・医薬品備蓄、建物、調剤用機器などの経費、安全対策経費(DI業務)等
調剤料	9点 (外来) 7点/日 (入院) ※情報管理や情報通信等の実務経費は、初診料・再診料に含まれる	日数・剤数に応じる 5点/日(1~7日)、 3剤まで等 薬剤師が行う以下の業務に係る人件費等 ・服薬情報や副作用歴確認、処方監査、疑義照会、薬剤調製、服薬指導、調剤録の保存、電話相談
薬剤管理指導料等	320点 (入院) 週1回 ※薬歴の記載とそれを活用した処方内容のチェック等、服薬情報や副作用歴確認、服薬指導	38点/50点 (薬剤服用歴管理指導料) 薬剤師が行う以下の業務に係る人件費等 ・薬歴の記載とそれを活用した処方内容のチェック等、薬剤情報提供文書を用いた説明、手帳に記載、後発品の説明
薬剤情報提供料	13点 (外来) ※医薬品備蓄数(うち注射剤) 診療所約180品目、病院約870品目(270品目) 3.1倍 7剤以上処方回数(/月) 1.23%(264,015回/21,508,838回) → 3.77%(2,300,037回/60,978,455回) 出典) 平成29年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(後発調査) 出典) 平成28年度社会医療診療行為別統計	約1,070品目(10品目)

院内処方と院外処方の費用の関係（推計）

平成29年11月16日
行政事業レビュー資料

- 報酬に関する費用負担の考え方方が薬局と医療機関の間で異なるため、院内・院外処方は本来は比較対象ではないが、比較してみると次のとおり。

○ 具体的なケースにおける院内処方と院外処方の診療報酬上の評価（例）

前提条件	院内処方 (診療所等)	院外処方 (薬局)	差額
(例) ・高血圧、糖尿病、不眠、胃炎(内服薬28日分) ※院内処方と院外処方の間に、処方期間が同一であると仮定	調剤技術基本料 80円 調剤料 90円 その他加算 20円 薬剤情報提供料等30円	調剤基本料 410円 後発医薬品調剤体制加算80円 調剤料 2,400円 向精神薬等加算 80円 薬剤服用歴管理指導料 380円	合計 320円 合計 3,450円 3,130円
			※財務省 財政制度分科会資料(平成29年10月25日)より改変 (調剤にかかる報酬部分を抽出、一括算しない前提で算出)

○ 院外処方の効果

薬局の場合、薬剤師による薬歴管理や服薬指導によって、以下の効果が期待できる。

- 1 薬物療法の有効性の向上 3 医療費適正化効果(計 2,608円)
 - 1) 後発医薬品の使用促進の差 2,293円 (7,280円 × (67.4% - 35.9%) / 100)
- 2 薬物療法の安全性の向上 2) 重複投薬・相互作用の防止等 315円

出典) 平成29年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(後発調査)
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)より算出

27

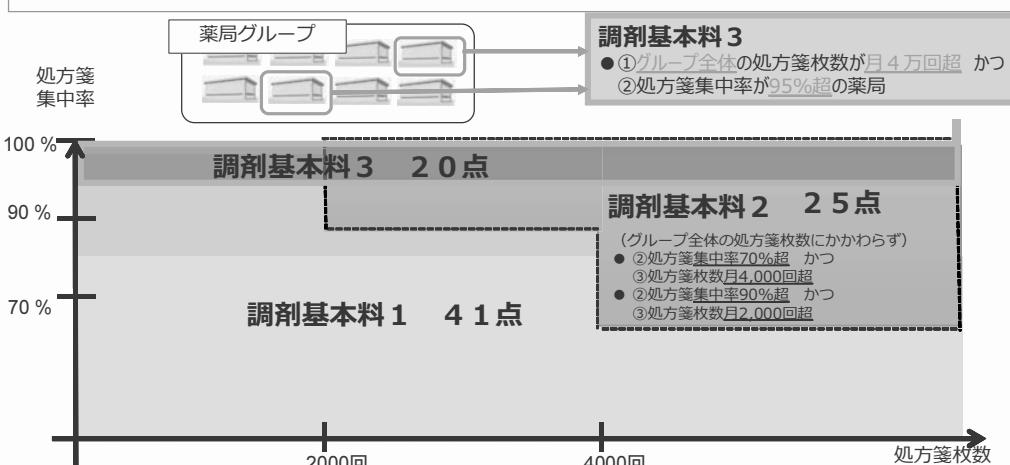
いわゆる門前薬局の調剤報酬の適正化

平成29年11月16日
行政事業レビュー資料

薬局の収益状況や医薬品の備蓄等の効率性を踏まえ、以下の点から基準に該当する薬局の調剤基本料を特例的に引き下げ。

- ① 薬局グループ全体の処方箋枚数
- ② 当該薬局の特定の医療機関からの処方箋集中率
- ③ 当該薬局の処方箋枚数

※調剤基本料：処方箋1枚あたりにかかる基本費用



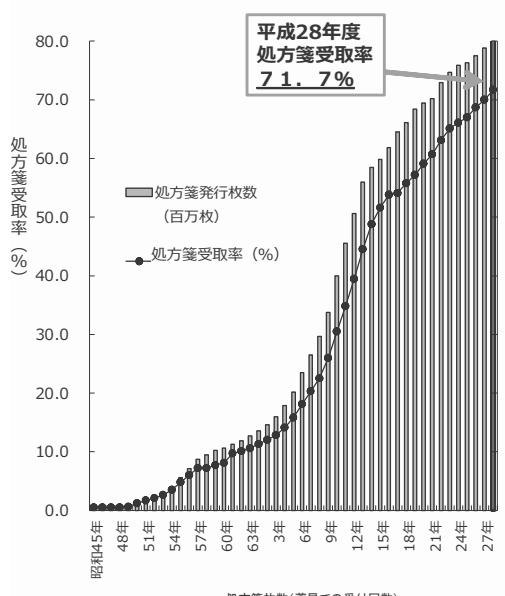
調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進めることで、経済財政運営と改革の基本方針2017)。

28

医薬分業の進展と薬剤費比率の推移

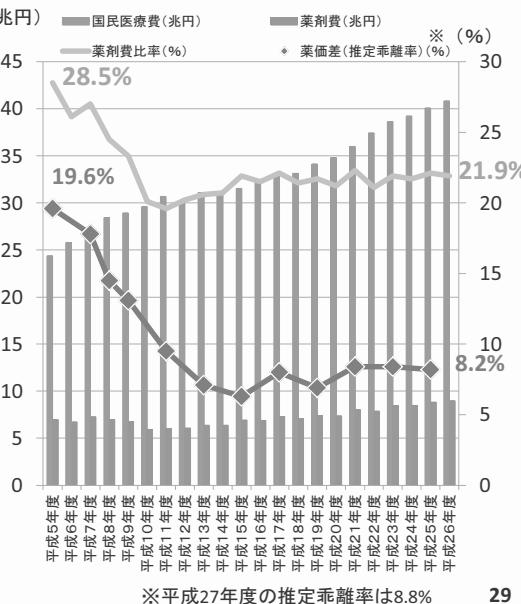
平成29年11月16日
行政事業レビュー資料

▶ 処方箋受取率の年次推移

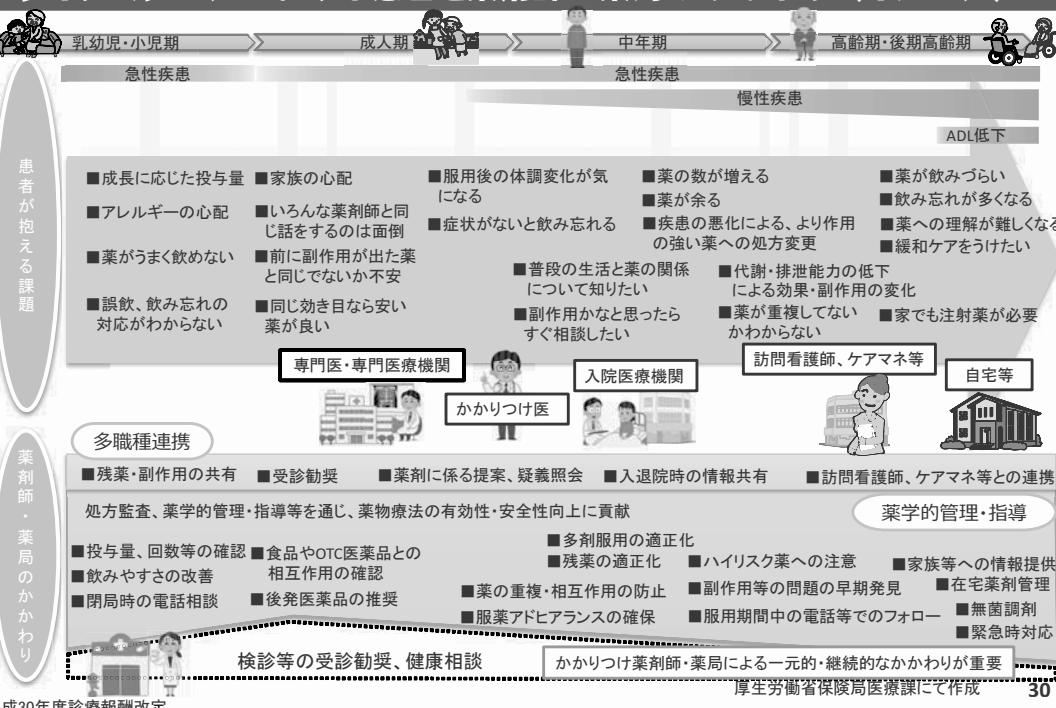


▶ 薬価差(推定乖離率)及び薬剤費比率の年次推移

※薬価差(推定乖離率):薬価調査により把握される市場実勢価格と薬価基準との差



ライフステージにおける患者と薬剤師・薬局のかかわり(イメージ)



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

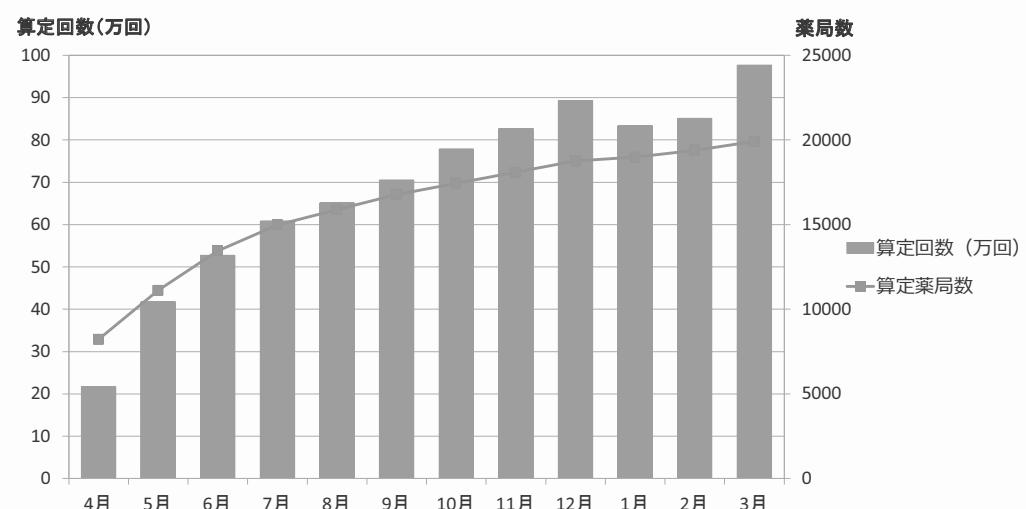
II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

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

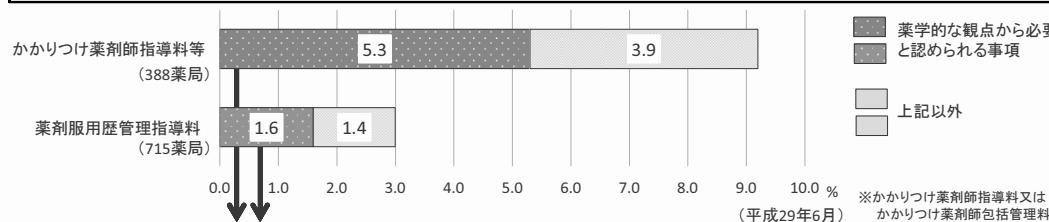
かかりつけ薬剤師指導料の算定状況(2016年度)

○ 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。



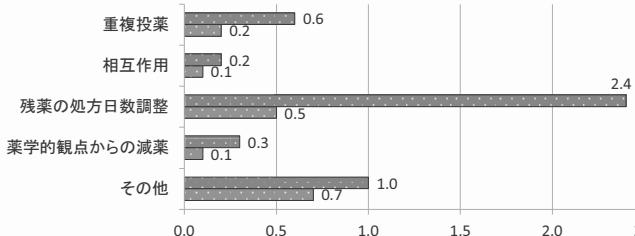
かかりつけ薬剤師とそれ以外の場合の疑義照会の取組

- 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



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くための、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
2 お問い合わせの際は、かかりつけ薬剤師が担当します。
3 薬手帳に、記載した薬の情報を記入します。
4 薬局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 関連情報/時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
6 お渡し箇所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 調剤依頼書等の提出を行ってください。
8 教えましたお薬、食べているお薬の整理をおすすめします。
9 在宅での薬を必要とした場合でも、継続してお問い合わせ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・継続的な把握
□ 他の医療機関との連携
□ 薬の併用や副作用などのチェック
□ 調剤依頼書等の提出
□ 時間外の電話相談
□ その他()

□ 他の医療機関との連携
□ 飲み残しの場合は薬の整理
□ 調剤依頼書等の提出
□ 在宅服薬が必要になった場合の対応

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・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



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 50点/38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

平成30年度診療報酬改定の概要一調剤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

地域支援体制加算の概念

要件設定のイメージ



地域支援体制加算について

これから薬局には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。

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"> ■ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 服薬情報等提供料 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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、在宅診察及び訪問看護との連携体制 ■ 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）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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）

* 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

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

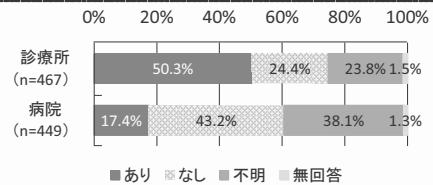
周知

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。

41

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ライン骨子」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。)

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に、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、閉塞隅角線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、「線内障治療点眼液Bを使用しており治療中」とあり、線内障治療点眼液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線内障であった。
- 過活動膀胱治療剤Aを処方した医師に疑義照会し、閉塞隅角線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。

42

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

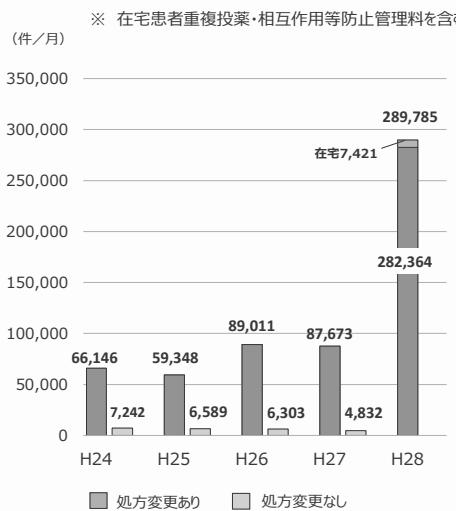
43

44

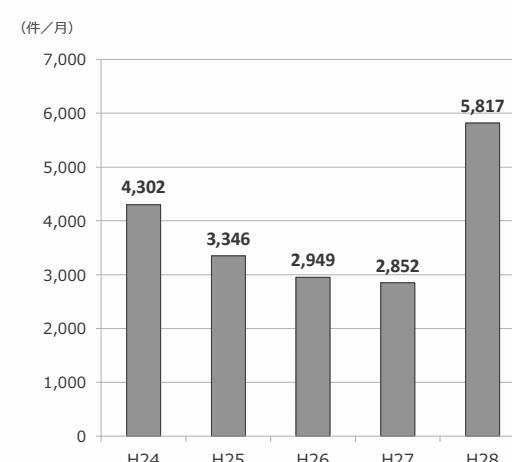
多剤・重複投薬に関する取組の実態

- 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



▶ 外来服薬支援料の算定件数



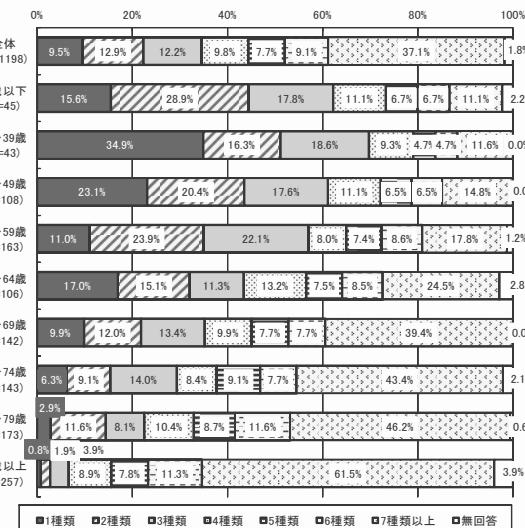
出典：社会医療診療行為別統計

45

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

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。

処方変更件数の根拠

薬学的判断	269	534
患者・家族の訴え	143	
日数制限	18	
販売中止	4	
その他	79	(n=1,047)

※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。

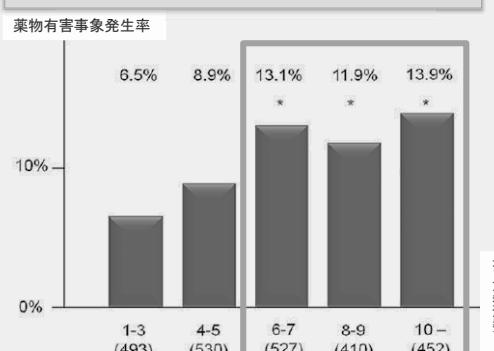
増額金額	減額金額	増減	全国値（推計）
処方箋670枚分 (疑義照会件数1,165件分)	683,658円	2,784,475円	-2,100,817円
(参考) 医薬品副作用被害救済給付件数と支給額等を基に設定された金額（ハイリスク薬：84,000円/件、ハイリスク薬以外：56,000円/件）をもとに、副作用が起きた場合と疑義照会により副作用を未然に防いだ場合の医療経済効果を算出すると、以下のとおり。			
件数	医療経済効果額	2015年全国値（推計）	(出典) 保険薬局における薬学的判断に基づく疑義照会の経済効果（神村英利ら）
120件（ハイリスク17件、それ以外103件）	-7,196,000円	約1,950億円	46

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



- 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

47

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

高齢者の薬物有害事象の主な症状

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%

48

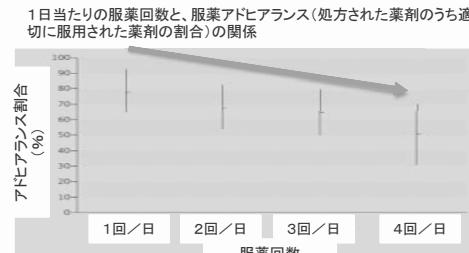
出典) 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

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。



- ・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>

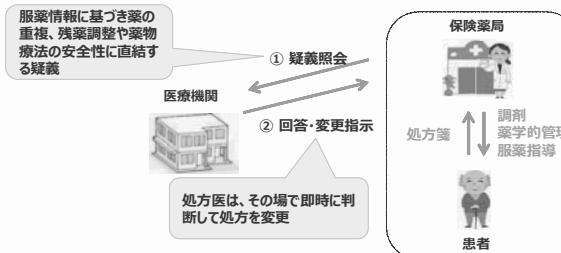
- ・服薬頻度と服薬アドヒアランスの相関をみるためのシステムティック・レビュー。
- ・76の調査結果をまとめたもの。
- ・服薬アドヒアランスは、①dose-taking(処方された薬剤数を適切に服用しているか)、②dose-timing(処方薬を適切な時間に服用しているか)の2つの観点から定義した。

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.

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。

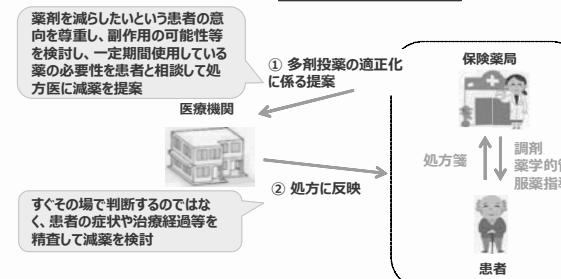
疑義照会：薬の受け渡し時における、処方内容に係る照会



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。

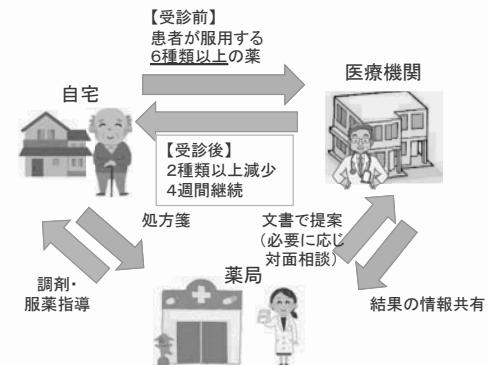
(新) 服用薬剤調整支援料

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。



50

処方への対応



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 ブラバスタンナトリウム錠5mg 2錠 分2 朝夕食後
- ⑤ ファモチジンロコート内崩壊錠20mg 2錠 分2 朝夕食後
- ⑥ ラックビ一微粒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 ウチダのハ味丸M 6g 分3 每食前
- ⑨ トリアザラム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賃金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8009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

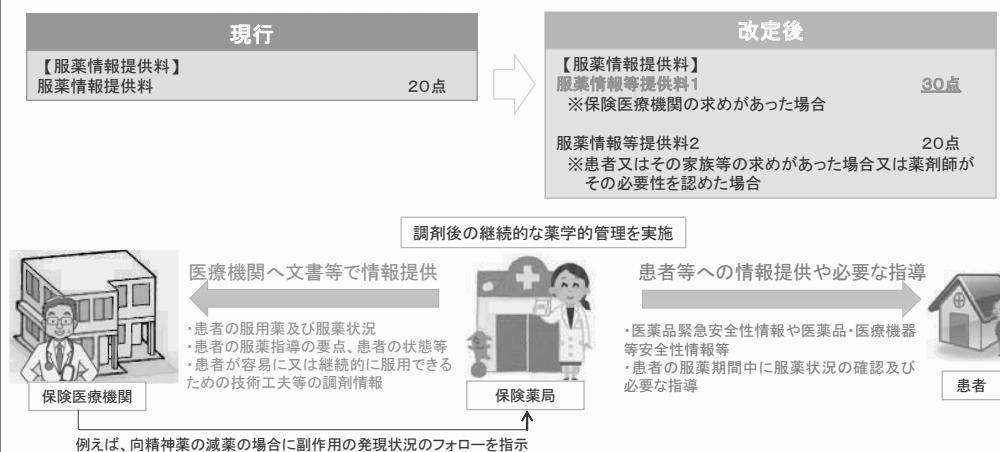
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

平成30年度診療報酬改定

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。

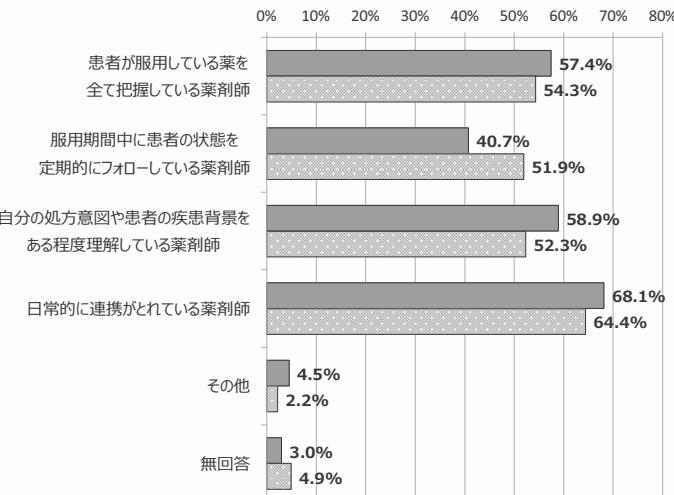


※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

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）



■ 診療所(n=467)

■ 病院(n=449)

(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」、「残業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る薬剤師」、「患者にきちんと指導できる薬剤師」等。

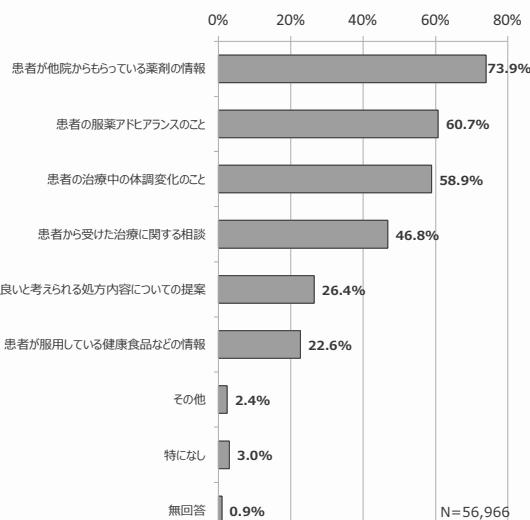
出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(H29かかりつけ薬剤師調査)

54

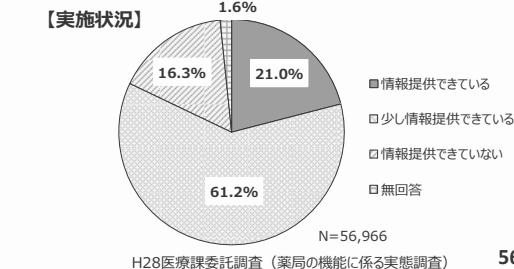
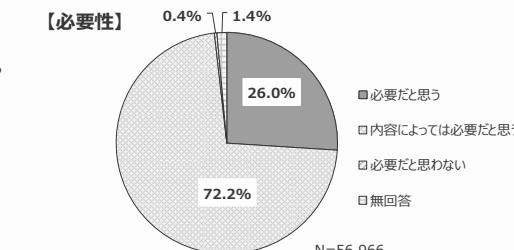
薬局と医療機関の連携として有効と考えられる情報

- 患者の服薬状況や服用期間中の体調変化について、薬局から医療機間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、医療機間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

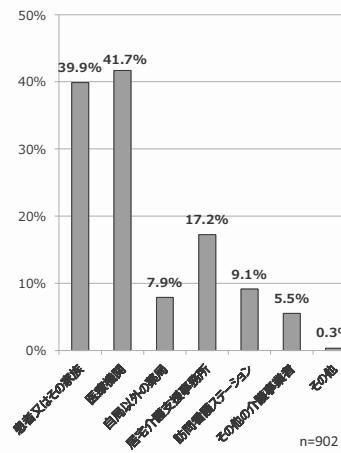


56

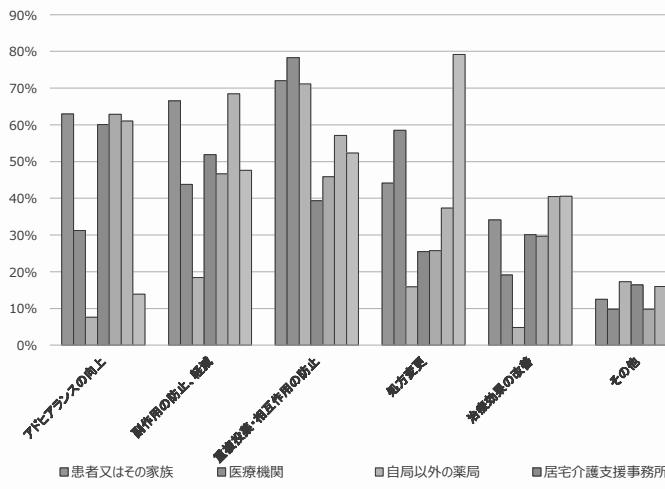
服薬情報等の提供の有無とその効果

- 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、アドヒアレンスの向上や重複・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】

- 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
- 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点
- 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】

- 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
- 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点
- 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

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】 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

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
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

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。

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 残業の状況
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(残業の状況を含む。)
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)

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



- 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 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

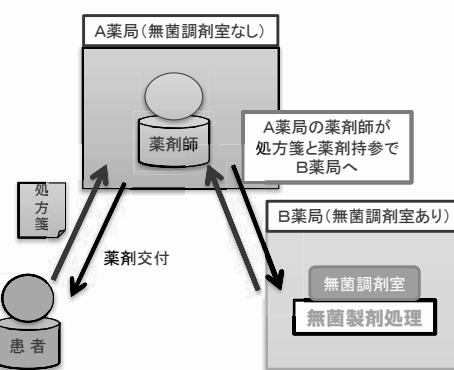
無菌調剤室の共同利用について

- 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り、こうした取組が広がってきていている。

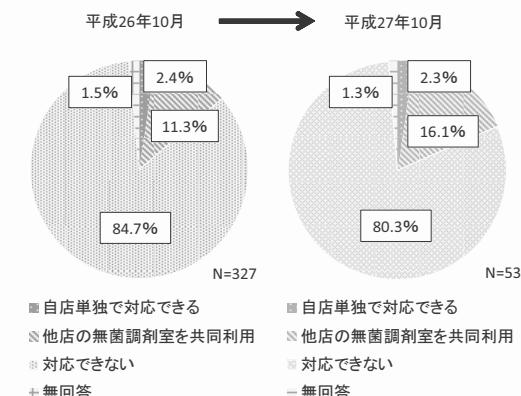
医薬品医療機器法 施行規則

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

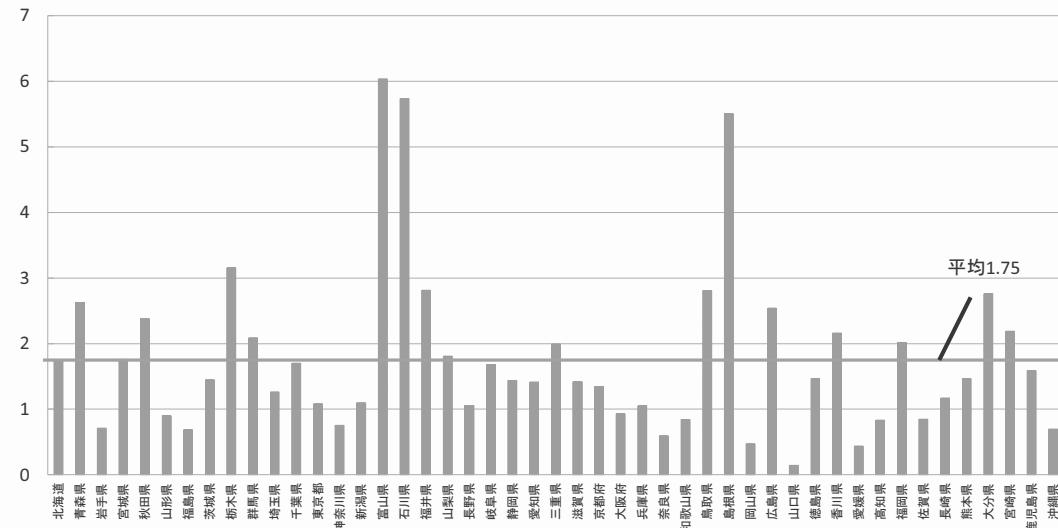


無菌製剤処理加算の施設基準届出薬局数(平成29年4月1日時点)

- 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



※各都道府県の人口は平成28年10月1日の値を使用

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意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]

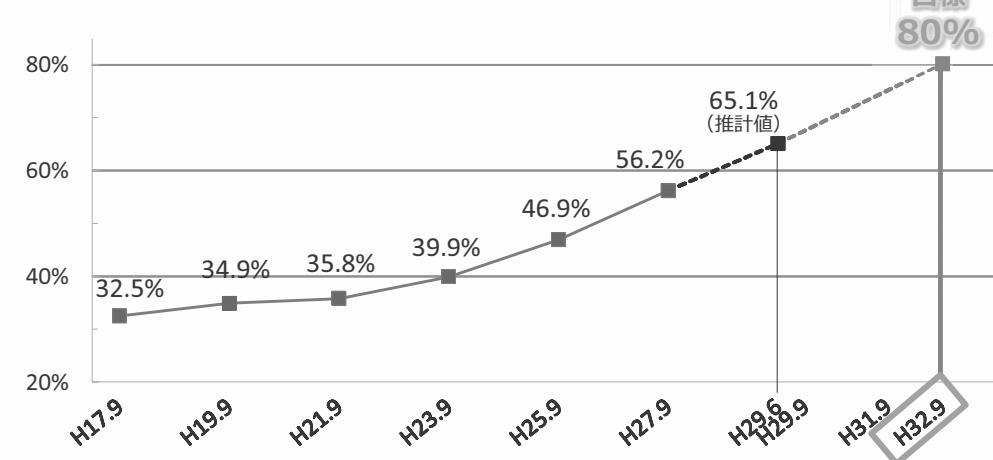
在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患者を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

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）

後発医薬品の数量シェアの推移と目標

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」と「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

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

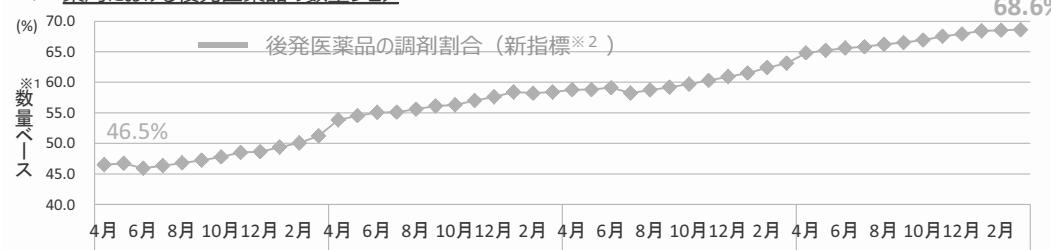
ただし、以下の場合は含まない。

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

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
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
	後発医薬品使用体制加算4(60%以上) 22点

現行	改定後
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
外来後発医薬品使用体制加算2(60%以上) 3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。)

72

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

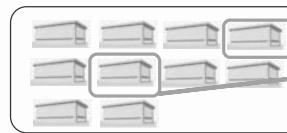
IV 効率化・適正化を通じた制度の
安定性・持続可能性の強化

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



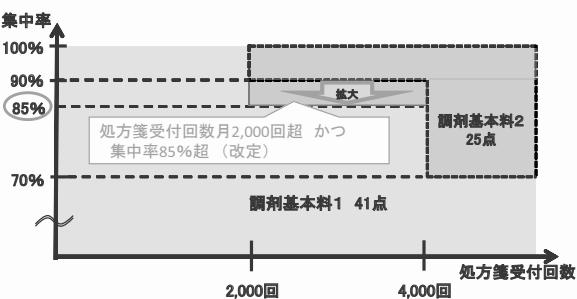
調剤基本料3-イ（グループ全体4万回超から40万回以下） 20点

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。



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

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の内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。

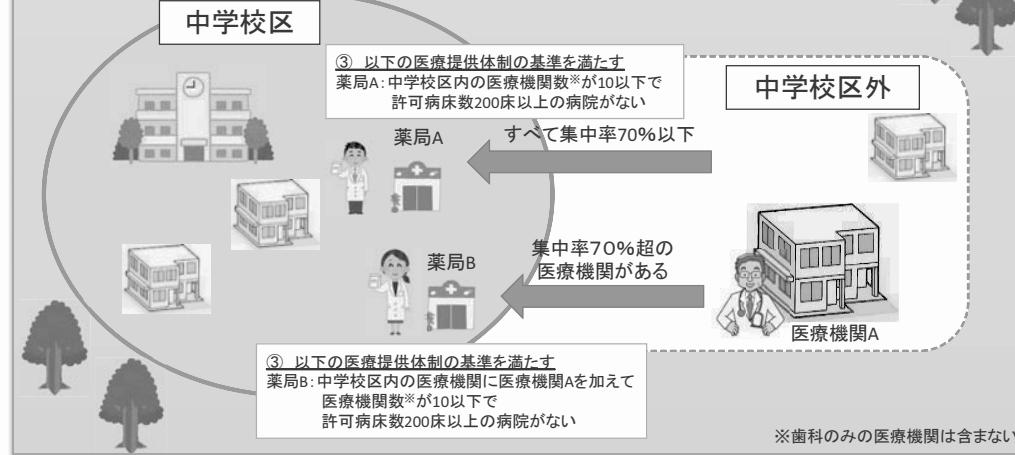
留意事項

- (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るらず適用する。
- (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



・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、翌年の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」と「一律値引き契約による状況」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、厚生省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 <small>50/100減算 (適用された場合)</small>		
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 <small>未妥結減算、妥結状況報告なし、50/100減算 (適用された場合)</small>		
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

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 紙		
(この処方箋は、どの開業薬局でも有効です。)		
公費負担者番号	保 险 者 番 号	被保険者番号・被保険者手帳記号・券号
公費負担医療機関の受給者番号	被保険者・被保険者手帳記号・券号	
氏名	出生年月日	年 遅 年 月 日
性別	男 女	性別
区分	被保険者	被保険者
交付年月日	年 月 日	処 方 紙 の 作 成 年 月 日
記入不可	開きの処方箋について、後開き医薬(リュック式医薬)の一の変更に際し支拂ひがあると判断した場合は、Rpt1 [] 000000000000000000mg 2袋分 1袋2回 2袋2回 2袋2回 2袋2回 2袋2回 2袋2回	
方	Rpt2 [] 000000000000000000mg 1袋8回 8袋8回 8袋8回 8袋8回 8袋8回 8袋8回 8袋8回 8袋8回	
被保険者番号	開封後は、この処方箋を複数枚提出する場合は、各枚に記載する。Rpt3 [] 000000000000000000mg 1袋4回 4袋4回 4袋4回 4袋4回 4袋4回 4袋4回 4袋4回 4袋4回	
調剤年月日	年 月 日	公費負担者番号
被保険者番号	保 险 者 番 号	被保険者番号
被保険者番号	被保険者番号	被保険者番号

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 紙 (別紙)
(交付医療機関情報)
保険医療機関の保険薬局からの連絡先
電話番号
FAX番号
その他連絡先

(交付医療機関情報)
1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

2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

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

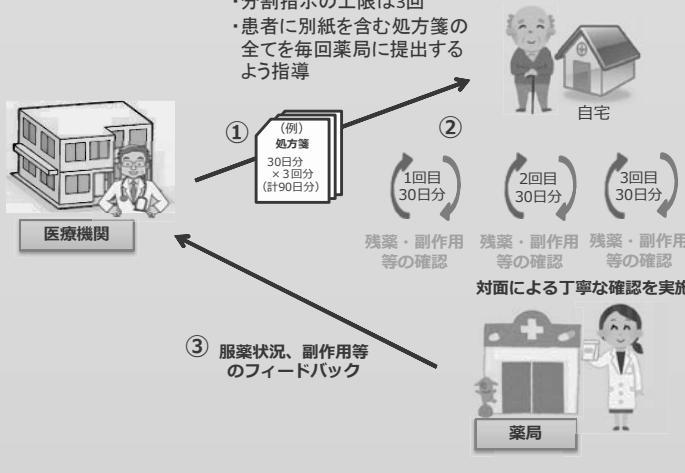
保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

5. その他の調剤報酬改定関連事項

分割調剤の手続きの明確化②

分割調剤（例）

- ・分割指示の上限は3回
- ・患者に別紙を含む処方箋の全てを毎回薬局に提出するよう指導



[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旨を説明する。

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期を確認するとともに、予定期間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。

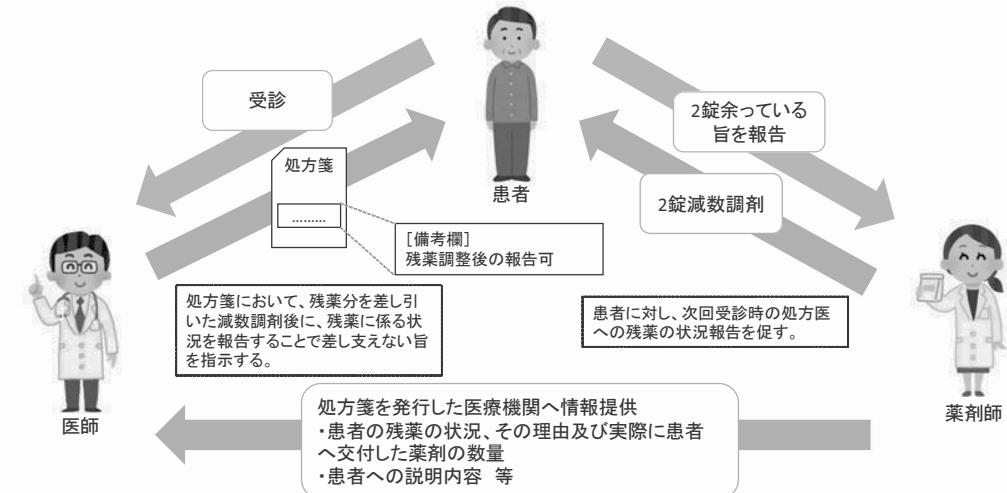
81

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）



82

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數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、医薬品の長期处方・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）

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。

（院内感染対策）

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。

84

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つた技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的な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

85

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 かつ集中率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) 契約率、単品単価契約率、一律引き割合に係る状況を報告していない薬局 (2) 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月末までの契約率」「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) 通常 (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)

87

86

88

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

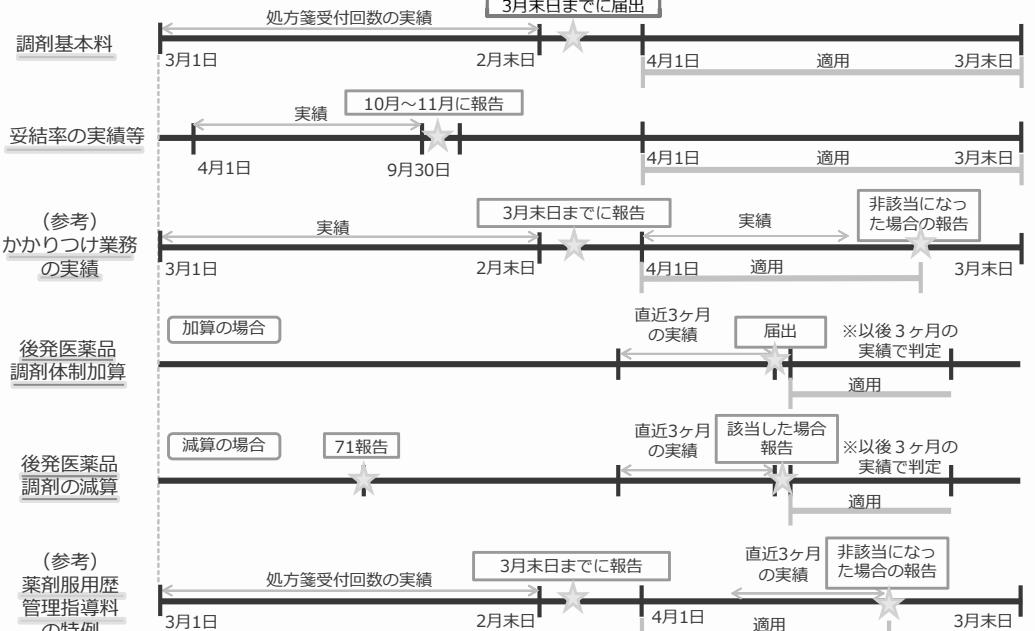
○特別調剤基本料（施設基準二の二（1）に該当する場合）

○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

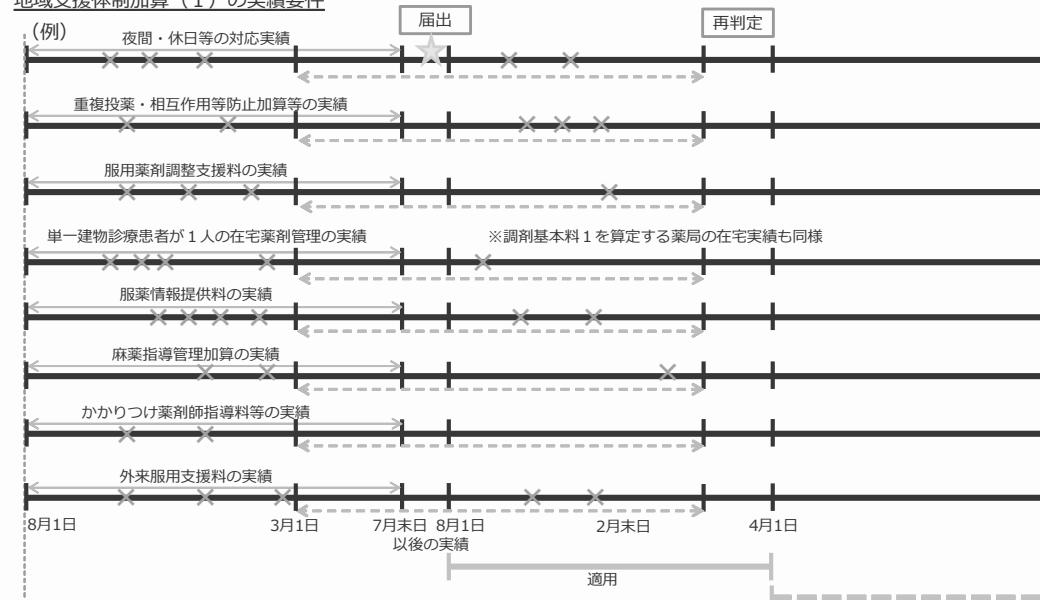
- ▶ 平成30年4月1日から算定を行うためには、平成30年4月16日（月曜日）必着までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局へ届出が必要となりますのでご注意願います。
- ▶ 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。



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



指導・監査に関するお願い

- 25 -

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

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_iryou/iryouhoken/shidou_kansa.html

94

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ぬ。(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)

96

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探すこと」(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)

<通則>

1 保険薬局は、当該保険薬局において調剤される医薬品の品質確保について万全を期さなければならない。

2 保険薬剤師は、医師の分割指示に係る処方箋又は投与日数が長期間にわたる処方箋によって調剤を行う場合であって、処方箋の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある場合には、分割調剤を行うこと。

また、分割調剤を行う場合（上記の場合のほか、後発医薬品（ジエニエック医薬品）への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に处方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「✓」又は「✗」が記載されていない先発医薬品がある処方箋（以下、「後発医薬品への変更が可能な処方箋」という。）を提出した患者の同意に基づき、処方箋に記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により、分割調剤を行う場合を含む。）は、その総量は、当然処方箋に記載された用量を超えてはならず、また、第2回以後の調剤においては使用期間の日数（ただし、処方箋交付の日を含めて4日を超える場合は4日とする。）と用量（日分）に示された日数との和から第1回調剤日から起算して当該調剤日までの日数を差し引いた日分を超えて交付できない。例えば、4月3日交付、使用期間4日間、用量10分の処方箋で4月4日に5分の調剤を受け、次に10日に調剤を受けに来た場合は（10+4）-7=7であるから、残りの5分を全部交付して差し支えないが、もし第2回の調剤を4月13日に受けに来た場合、（10+4）-10=4となるので4日分しか交付できない。

3 保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方箋に薬剤師法第26条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録を作成した後、処方箋を患者に返却すること。

4 処方箋において、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をい。）を行った後に、残薬に係る状況を情報提供することで差し支えない旨の指示があり、当該指示に基づき調剤を行った場合は、保険薬剤師は、患者に対して次回受診時に処方医へ残薬の状況を報告することを促すとともに、患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量、患者への説明内容等について、遅滞なく当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。

5 「区分番号 00」の「注5」及び「注6」に係る後発医薬品については、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号）を参照すること。

6 保険薬局は、患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、調剤報酬点数表の一覧等について、薬剤を交付する窓口等、患者が指導等を受ける際に分かりやすい場所に掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。

7 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位とし

- 1 -

て算定する。

<調剤技術料>

区分 00 調剤基本料

- (1) 調剤基本料は、患者等が提出する処方箋の枚数に関係なく処方箋の受付 1 回につき算定する。なお、分割調剤を行う場合は、「注7」、「注8」又は「注9」により算定する。
- (2) 同一患者から同一日に複数の処方箋を受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方箋又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方箋については一括して受付 1 回と数える。
- ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方箋については歯科以外の処方箋と歯科の処方箋を別受付として算定できる。
- (3) 2 以上の異なる保険医療機関が交付した処方箋を同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え 2 回以上とする。
- (4) 「注3」により調剤基本料を 100 分の 50 にする場合は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。「注6」の減算対象の場合には、「注6」による減算後の調剤基本料を 1 00 分の 50 にし、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。
- (5) 「注6」の処方箋の受付回数が 1 月に 600 回以下に該当するか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。
- (6) 「注7」又は「注8」に係る分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、2 回目以降については「注7」又は「注8」のとおり算定するが、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局においてそれぞれ調剤基本料を算定できる。
- (7) 「注7」については、長期投薬（1 日分を超える投薬をい。以下同じ。）に係る処方箋によって調剤を行う場合であって、処方箋の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要があり、分割調剤を行った場合で、1 処方箋の2回目以降の調剤を同一の保険薬局において2回目以降行った場合に算定する。
- (8) 「注7」に係る分割調剤を行う場合は、処方箋の受付時に、当該処方箋を発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。
- (9) 「注8」については、後発医薬品への変更が可能な処方箋を提出した患者の同意に基づき、処方箋に記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により分割調剤を行った場合で、同一の保険薬局において1 処方箋の2回目の調剤を行った場合に限り算定する。この場合において、2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行うこととする。なお、その際に、所定の要件を満たせば、「区分番号 10」の薬剤服用管理指導料を算定できる。
- (10) 「注8」に係る分割調剤を行った場合は、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。また、2回目の調剤の際に、患者の意向により変更前の先発医薬品の調剤を行った場合も、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、先発医薬品に再変更した理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。

(11) 1 処方箋について、「注7」に係る分割調剤の2回目以降の調剤と「注8」に係る分割調剤の2回目の調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、いずれか一方の分割調剤に係る点数のみを算定する。

(12) 「注9」については、医師の分割指示に係る処方箋（「注7」又は「注8」に該当する場合を除く。）に基づき、患者の同意の下、分割調剤を行った場合に算定する。

(13) 「注9」に係る分割調剤を行う場合において、調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料については、当該分割調剤を行う保険薬局が当該処方箋において分割調剤を実施しない場合に算定する点数をそれぞれ合算し、分割回数で除した点数を当該調剤時に算定する。当該点数は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。

(14) 「注9」に係る分割調剤を行う場合には、保険薬局の保険薬剤師は、以下を実施する。

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回目の調剤から全ての調剤が完了するまで、同一の保険薬局に処方箋を持参するべきである旨を説明する。

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期限を確認するとともに、予定期間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 また、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。

(15) 1 処方箋について、「注7」、「注8」又は「注9」に係る分割調剤のうち、複数の分割調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、「注9」の分割調剤に係る点数により算定する。

(16) 調剤基本料と各注に掲げる加算等との適用関係は以下のとおり。ただし、「注3」に掲げる「所定点数」とは、「注1」、「注2」及び「注6」を適用して算出した点数である。

	調剤基本料1	調剤基本料2	調剤基本料3イ	調剤基本料3ロ	注1ただし書	注2(特別調剤基本料)	注3(50/100)	注4(地域支援体制加算)	注5(後発医薬品調剤体制加算)	注6(後発医薬品減算)
調剤基本料1	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○
調剤基本料2	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○
調剤基本料3イ	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○
調剤基本料3ロ	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○
注1ただし書	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○
注2(特別調剤基本料)	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○
注3(50/100)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
注4(地域支援体制加算)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
注5(後発医薬品調剤体制加算)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
注6(後発医薬品減算)	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○

区分 01 調剤料

(1) 内服薬

- ア 内服薬（内服用滴剤及び湯薬を除く。以下同じ。）の調剤料については、内服用滴剤とそれ以外の内服薬とは所定単位及び所定点数が異なる。（内服用滴剤は「区分番号 01」の「注1」による。）
- イ 内服薬（内服用滴剤以外のもの）についての調剤料及び薬剤料の算定はそれぞれ「1剤」と「1剤 1 日分」を所定単位とし、内服用滴剤についての調剤料及び薬剤料は「1 調剤」を所定単位として算定するが、この場合の「1 剂」とは、調剤料の算定の上で適切なものとして認められる単位をいうものであり、次の点に留意する。
- （イ） 1回の処方において、2種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の葉包等に調剤しても、服用時点が同一であるものについては、1剤として

- 4 -

- 5 -

算定する。

(ロ) 服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず1剤として算定する。

(ハ) (イ)及び(ロ)における「服用時点が同一である」とは、2種類以上の薬剤について服用日1日を通じて服用時点（例えば「朝食後、夕食後服用」、「1日3回食後服用」、「就寝前服用」、「6時間毎服用」等）が同一であることをいう。また、食事を自安とする服用時点については、食前、食後及び食間の3区分とすることとし、服用時点が「食直前」、「食前 30 分」等であっても、調剤料の算定にあっては、「食前」とみなし、1剤として扱う。

(ニ) (イ)及び(ロ)にかかわらず、次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。

- ① 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
- ② 内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合
- ③ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

(ホ) 同一有効成分であって同一剤形の薬剤が複数ある場合は、その数にかかわらず1剤として算定する。

ウ 内服薬の調剤料は、1回の処方箋受付について、4剤以上ある場合についても、3剤として算定する。ただし、この場合、内服用滴剤は剤数に含めないが、浸煎薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、当該浸煎薬又は湯薬の調剤料を内服薬の剤数に含めることとする。

エ 同一薬局で同一処方箋を分割調剤（「区分番号 00」の調剤基本料の「注7」又は「注8」に係る分割調剤に限る。）した場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

オ 隔日投与等投与しない日がある処方に係る内服薬の調剤料は、実際の投与日数により算定する。

カ ドライシロップ剤を投与する場合において、調剤の際に溶解し、液剤（シロップ剤）にして患者に投与するときは内服用液剤として算定し、散剤としてそのまま投与するときは内服用固形剤として算定する。また、ドライシロップ剤を水に溶かして同時服用の他の液剤と一緒に投与する場合は1剤として算定し、ドライシロップ剤を散剤として、同時服用の他の固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤等）と一緒に投与する場合も1剤として算定する。

なお、「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成 24 年 3月 5 日保医発 0305 第 12 号）に基づき、ドライシロップ剤の医薬品から類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤する場合又は類似する別剤形の医薬品からドライシロップ剤の後発医薬品に変更して調剤する場合は、同通知の第 3 の 5 を参照すること。

キ 噫下困難者用製剤加算の取扱いは、以下のとおりとすること。

- ① 噫下困難者用製剤加算は、嚥下障害等があつて、市販されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、医師の了解を得た上で錠剤を碎く等剤形を加工した後調剤を行うことを評価するものである。
- ② 剤形の加工は、薬剤の性質、製剤の特徴等についての薬学的な知識に基づいて行わなければならない。

③ 噫下困難者用製剤加算は、処方箋受付 1 回につき 1 回算定できる。

④ 1 剂として取り扱われる薬剤について、自家製剤加算は併算定できず、また、剤形を加工したもの用いて他の薬剤と計量混合した場合には、計量混合調剤加算を併算定することはできない。

⑤ 噫下困難者用製剤加算を算定した場合においては、一包化加算は算定できない。

⑥ 薬剤が剤形の加工の必要を認め、医師の了解を得た後剤形の加工を行った場合は、その旨調剤録等に記載する。

ク 一包化加算の取扱いは、以下のとおりとすること。

① 一包化加算は、処方箋の受付 1 回につき 1 回算定できるものであり、投与日数が 42 日分以下の場合には、一包化を行った投与日数が 7 又はその端数を増すごとに 32 点を加算した点数を、投与日数が 43 日分以上の場合には、投与日数にかかわらず 22 0 点を所定点数に加算する。

② 一包化とは、服用時点の異なる 2 種類以上の内服用固形剤又は 1 剂であつても 3 種類以上の内服用固形剤が处方されているとき、その種類にかかわらず服用時点ごとに一包として患者に投与することをいう。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものである。

③ 一包化は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に、医師の了解を得た上で行うものである。

④ 薬剤が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を調剤録等に記載する。

⑤ 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等も算定できるが、処方箋の受付 1 回につき 1 回に限り算定する。

⑥ 同一薬局で同一処方箋に係る分割調剤（「区分番号 00」の調剤基本料の「注7」又は「注8」に係る分割調剤に限る。）をした上で、2 回目以降の調剤について一包化を行った場合は、1 回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数を所定点数に加算する。

⑦ 一包化加算を算定した範囲の薬剤については、自家製剤加算（「区分番号 01」の「注6」に規定する加算をいう。以下同じ。）及び計量混合調剤加算（「区分番号 01」の「注7」に規定する加算をいう。以下同じ。）は算定できない。

ケ 内服用滴剤を調剤した場合の調剤料は、投薬日数にかかわらず、1 剂につき「注1」の所定点数を算定する。この場合の内服用滴剤とは、内服用の液剤であつて、1 回の使用量が極めて少量（1 滴ないし数滴）であり、スポット、滴瓶等により分割使用するものという。なお、当該薬剤の薬剤料は、1 剂割分全量を 1 単位として薬剤料の項により算定するものであり、1 剂 1 日分を所定単位とするものではない。

(2) 屯服薬

屯服薬の調剤料は、調剤した剂数、回数にかかわらず、1 回の処方箋受付につき所定点

数を算定する。

(3) 浸煎薬

ア 浸煎薬とは、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいう。

イ 浸煎薬の調剤料は、日数にかかわらず、1 剂につき算定する。

ウ 浸煎薬の調剤料は、1 回の処方箋受付について 4 調剤以上ある場合において、3 調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、湯薬については調剤数を浸煎薬の調剤数に含めることとする。

(4) 湯薬

ア 湯薬とは、薬局において 2 種以上の生薬（粗切、中切又は細切したもの）を混合調剤し、患者が服用するため煎じる量ごとに分包したものをいう。

イ 湯薬の調剤料は、1 調剤につき投薬日数に応じて所定点数を算定する。

ウ 湯薬の調剤料は、1 回の処方箋受付について 4 調剤以上ある場合において、3 調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は浸煎薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、浸煎薬については調剤数を湯薬の調剤数に含めることとする。

(5) 注射薬

ア 注射薬の調剤料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、1 回の処方箋受付につき所定点数を算定する。

イ 注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤（アインスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅹ因子製剤、活性化第Ⅶ因子製剤、活性化第Ⅷ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体注入活性複合体、自己連続持行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養用輸液、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロビン放出ホルモン誘導体、ゾマトスタンアナログ、颗粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブレノルフイン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト、ヒトソマトメジン C 製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグラジン I₂ 製剤、ミルヒネ酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ベグビスマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコンド製剤、オキシコンド酢酸塩製剤、ペタメタゾンリシン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタヌルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバクロムスルホ酸ナトリウム製剤、トランキサム酸製剤、フルレビプロフェンキセチル製剤、メトクロラミド製剤、ブロモクリルベラジン製剤、ブチルスルボラミン臭化物製剤、グリリルリチウムアノニアム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロボエチン、ダーベボエチン、デリバチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アボモルヒネ塩酸塩製剤及びセルトリズマブペゴル製剤、トリソザム製剤、メトレレブチジン製剤、アバセブト製剤、pH 4 处理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤、アスピロターゼ アルファ製剤、グラチラマーゼ酢酸塩製剤、脂

肪乳剤、セキキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ペリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤及びゴリムマブ製剤)に限る。

なお、「モルヒネ塩酸塩製剤」、「フェンタニルクエン酸塩製剤」、「複方オキシドン製剤」及び「オキシコドン塩酸塩製剤」は、薬液を取り出せない構造で、かつ患者等が注入速度を変えることができない注入ポンプ等に、必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。ただし、患者又はその家族等の意を受け、かつ、これらの麻薬である注射薬の処方医の指示を受けた看護師が、患者に当該注射薬を持参し、患者の施用を補助する場合又は保険薬局の保険薬剤師が、患者に麻薬である注射薬を持参し、当該注射薬の処方医の指示を受けた看護師に手渡す場合は、この限りでない。ウ イの「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいい、高カロリー輸液以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

なお、上記イに掲げる薬剤のうち、処方医及び保険薬剤師の医学薬学的な判断に基づき適切と認められるものについて、在宅中心静脈栄養法用輸液に添加して投与することは差し支えない。

エ イの「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬(高カロリー輸液を除く。)をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤(電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。)、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

オ イの「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

(6) 外用薬

ア 外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき算定する。

イ 外用薬の調剤料は、1回の処方箋受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。

ウ トローチについては、外用薬として算定する。

エ 同一有効成分で同一剤形の外用薬が複数ある場合には、その数にかかわらず、1調剤として取り扱う。

(7) 注射薬の無菌製剤処理

ア 「注2」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいう。

イ 注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して(麻薬の場合は希釈を含む。)、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を1日分製剤する毎にそれぞれ67点、77点又は67点(6歳未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤する毎にそれぞれ135点、145点又は135点)を加算する。

ウ 抗悪性腫瘍剤として無菌製剤処理加算の対象になる薬剤は、悪性腫瘍等に対して用いる細胞毒性を有する注射薬として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品(平成16年厚生労働省告示第185号)において指定されたものをいう。

エ 無菌製剤処理加算は、同一日の使用のために製剤した場合又は組み合わせて1つの注

射剤として製剤した場合においても、1日につき1回に限り、主たるもの所定点数のみ算定するものとする。

オ 無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。

カ 無菌調剤料を共同利用する場合に当たっては、「薬事法施行規則の一部を改正する省令の施行等について」(平成24年8月22日薬食発0822第2号)を遵守し適正に実施すること。なお、この場合の費用については両者の合議とする。

(8) 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬加算

ア 「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第6号の規定に基づく同法別表第3に掲げる向精神薬をいう。

イ 本加算は、麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤する場合において、処方中に麻薬が含まれているときに1調剤行為につき70点、それ以外のときに1調剤行為につき8点を加算するものあり、処方中の麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬の品目数、投薬日数に関係なく当該所定点数を算定する。

ウ 使用した薬剤の成分が麻薬、覚醒剤原料又は毒薬であっても、その倍数の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚醒剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、本加算は算定できない。

エ 重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は1調剤につき70点を算定し、それ以外の場合は1調剤につき8点を算定する。

オ 本加算は、内服薬のほか、専用薬、注射薬、外用薬についても算定できる。

(9) 調剤技術料の時間外加算等

ア 時間外加算は調剤基本料を含めた調剤技術料(基礎額)の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。

イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料(調剤基本料における「注1」から「注8」までを適用して算出した点数)と調剤料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。庶民困難者用調剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料、毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は基礎額に含まない。

ウ 「区分番号13の3」のかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合の時間外加算等については、かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合の時間外加算等

エ 時間外加算等を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かれややすい場所に表示する。

オ 時間外加算

(イ) 各都道府県における保険薬局の開局時間の実態、患者の来局上の便宜等を考慮して、一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休業日とする保険薬局における当該休業日とする。

(ロ) (イ)により時間外とされる場合においても、当該保険薬局が常態として調剤応需の態勢をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

(ハ) 時間外加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用

歴の記録又は調剤録に記載する。

(二) 「注4」のただし書に規定する時間外加算の特例の適用を受ける保険薬局とは、一般的の保険薬局の開局時間以外の時間における救急医療の確保のため、国又は地方公共団体等の開設に係る専ら夜間における救急医療の確保のため設けられている保険薬局に限られる。

(ホ) 「注4」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、当該地域において一般的の保険薬局が概ね調剤応需の態勢を解除し、翌日調剤応需の態勢を再開するまでの時間であって、深夜時間を除いた時間をいう。

カ 休日加算

(イ) 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日にに関する法律(昭和23年法律第178号)第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。

(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。

① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者

② 当該休日を開局しないこととしている保険薬局で、又は当該休日に調剤を行っている保険薬局の開局時間以外の時間(深夜を除く。)に、急诊等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

キ 深夜加算

(イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。

① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者

② 深夜時間帯(午後10時から午前6時までの間)を開局時間としている保険薬局、及び当該保険薬局の開局時間が深夜時間帯にまで及んでいる場合にあっては、当該開局時間と深夜時間帯とが重複していない時間に、急诊等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

(ロ) 深夜加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。

(10) 調剤料の夜間・休日等加算

ア 夜間・休日等加算は、午後7時(土曜日においては午後1時)から午前8時までの間(休日加算の対象となる休日を除く。)又は休日加算の対象となる休日であって、保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合に、処方箋の受付1回につき、調剤料の加算として算定する。ただし、時間外加算等の要件を満たす場合には、夜間・休日等加算ではなく、時間外加算等を算定する。

イ 夜間・休日等加算を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示するとともに、夜間・休日等加算の対象となる日及び受付時間帯を薬局内の分かりやすい場所に掲示する。また、平日又は土曜日に夜間・休日等加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。

(11) 自家製剤加算

ア 「注6」の自家製剤加算は、イの(1)に掲げる場合以外の場合においては、投薬量、投薬日数等に関係なく、自家製剤による1調剤行為に対し算定し、イの(1)に掲げる錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬を自家製剤の上調剤した場合においては、自家製剤を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

イ 本加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し市販されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫(安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等)を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。

(イ) 錠剤を粉碎して散剤とすること。

(ロ) 主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。

(ハ) 主薬に基剤を加えて坐剤とすること。

ウ 「注6」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬事基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。

エ 薬事基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。

(イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬事基準に収載されている場合

(ロ) 液剤を調剤する場合であって、医薬品医療機器等法上の承認事項において用時溶解して使用することとされている医薬品を交付時に溶解した場合

オ 割離のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬事基準に収載されている場合は算定できない。

カ 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。

キ 「予製剤」とは、あらかじめ想定される調剤のために、複数回分を製剤し、处方箋受付時に当該製剤を投与することをいう。

ク 通常、成人又は6歳以上的小児に対して嗜好剤等を加える必要がない薬剤を6歳未満の乳幼児(以下「乳幼児」という。)に対して調剤する場合において、薬剤師が必要性を認めて、処方医の了解を得た後で、単に嗜好剤等を加えて製剤した場合であっても、「注6」の「イ」を算定できる。

ケ 自家製剤を行った場合には、賦形剤の名称、分量等を含め製剤工程を調剤録等に記載すること。

コ 自家製剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り

行うこと。

(12) 計量混合調剤加算

ア 「注7」の計量混合調剤加算は、薬価基準に収載されている2種類以上の医薬品（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、液剤、散剤若しくは顆粒剤として内服薬又は外用薬を調剤した場合及び軟・硬膏剤等として外用薬を調剤した場合に、投薬量、投薬日数に関係なく、計量して混合するという1調剤行為に対し算定できる。なお、同注のただし書に規定する場合は、次の場合をいう。

(イ) 液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤について注6の自家製剤加算を算定した場合

(ロ) 薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤を調剤した場合

イ ドラッグシロップ剤を液剤と混合した場合は、計量混合調剤加算を算定するものとする。
ウ 处方された医薬品が微量のため、乳幼児に対してそのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、鱗状発育剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合は、「注7」を算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は、この限りでない。

エ 計量混合調剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

(13) 在宅患者調剤加算

「注8」の在宅患者調剤加算は、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若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費が算定されていない場合は、算定できない。ただし、「区分番号15」の(4)において規定するサポート薬局が処方箋を受け付け調剤を行った場合は、この限りでない。

<薬学管理料>

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ものとする。なお、患者に対する服薬指導、服薬支援等を行う際に、日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材（以下「服薬カレンダー」という。）を提供する場合にあっては、患者から実費を徴収しても差し支えない。

区分10 薬剤服用歴管理指導料

(1) 薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」は、保険薬剤師が、患者に対して、当該患者の薬剤服用歴が経時に管理できる手帳等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。
ただし、手帳を持参していない患者又は「区分番号00」の調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に处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、「注1」のただし書の点数を算定する。

ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により情報提供し、薬剤の服用に

- 12 -

- 13 -

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

(4) (3)のウからキまでの事項については、処方箋の受付後、薬を取りそろえる前に、保険薬剤師が患者等に確認すること。

(5) (1)のアの薬剤情報提供文書により行う薬剤に関する情報提供は、調剤を行った全ての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とができる。なお、薬剤情報提供文書においては、処方内容が前回と同様の場合等においては、必ずしも指導の都度、患者に交付する必要はないが、患者の意向等を踏まえた上で交付の必要性を判断し、交付しない患者にあってはその理由を薬剤服用歴の記録に記載する。

(6) 薬剤情報提供文書における「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、ボイスレコーダー等への録音その他のものという。

(7) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能、効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。

(8) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方箋発行医に確認する等慎重に対応すること。

(9) 服薬指導は、処方箋の受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬剤服用歴の記録を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直す。また、確認した内容及び行った指導の要点を、薬剤服用歴の記録に記載する。なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たっては、「重篤副作用疾患対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とする。

(10) 服薬指導に当たっては、「微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考すること。また、服薬指導を円滑に実施するため、抗菌薬の適正使用が重要であることの普及啓発に資する取組を行っていることが望ましい。

(11) 「手帳」とは、経時に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウまでに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ 患者のアレルギー歴、副作用等薬物療法の基礎となる記録

ウ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録

手帳の該欄については、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、患者に聽取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有效地に活用されるよう努める。

なお、手帳に初めて記載する保険薬局の場合には、保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を記載すること。

行うこと。

(イ) 当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）

(ロ) 用法、用量、効能、効果

(ハ) 副作用及び相互作用

(ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項

(ホ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

(ヘ) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残業の状況等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。薬剤服用歴の記録への記載は、指導後速やかに完了させるとともに、同一患者についての全ての記録が必要に応じて直ちに参照できるよう患者ごとに保存・管理すること。

ウ 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時に記載すること。

エ 残業の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残業が確認された場合はその理由も把握すること。また、残業が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行いうよう努めること。

オ 薬剤情報提供文書により、調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報について患者に提供すること。

(2) 薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方箋受付時から算定できる。

(3) 薬剤服用歴の記録には、次の事項等を記載し、最終記入日から起算して3年間保存する。

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も含む。）

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（残業の状況を含む。）

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

(12) 手帳については、患者に対して、手帳を活用することの意義、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こととし、患者の意向等を確認した上で手帳を用いないこととした場合にあっては、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。なお、手帳を活用しているが、持参を忘れた患者に対しては、「注1」のただし書の点数を算定することになる旨説明するとともに、次回以降は手帳を持参するよう指導すること。

(13) (1)のウの手帳への記載による情報提供は、調剤を行った全ての薬剤について行うこととする。この場合において、「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等であり、投薬された薬剤や患者の病態に応じるものである。

(14) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行なう。また、患者が、保険医療機関又は他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、同一の手帳で管理できると判断した場合は1冊にまとめる。なお、1冊にまとめなかった場合については、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。

(15) 患者が手帳を持参し忘れた場合は、手帳に追加すべき事項が記載されている文書（シール等）を交付し、患者が現に利用している手帳に貼付するよう患者に対して説明することで、既に患者が保有している手帳が有効に活用されるよう努めるとともに、当該患者が次回以降に手帳を持参した場合は、当該文書が貼付されていることを確認する。

(16) 電子版の手帳については、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月21日第127号）の「第三 運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳であれば、紙媒体の手帳と同様の取扱いとする。その際、保険薬局においては、同通知の「第二 提供薬局等が留意すべき事項」を満たす必要がある。

(17) 手帳の媒体（紙媒体又は電子媒体）は患者が選択するものであり、手帳の提供に当たっては、患者に対して個人情報の取扱い等の必要事項を説明した上で、患者の意向を踏まえて提供する媒体を判断すること。

(18) 紙媒体の手帳を利用している患者に対して、患者の希望により電子版の手帳を提供する場合には、電子版の手帳にこれまでの紙媒体の情報を利用できるようにするなど、提供する保険薬局が紙媒体から電子媒体への切り替えを適切に実施できるよう対応すること。

(19) (1)のエの残業の状況の確認に当たり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴の記録に記載する。

(20) (1)のオの「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的な名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「診療報酬における算定等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成30年3月5日保医発0305第8号）の別紙1に掲げられたものに加え、別紙2に掲げられたものも含むものであること。

ア 該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無

- 14 -

- 30 -

- 15 -

イ 該該当する後発医薬品のうち、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品の名称及びその価格（当該薬局において備蓄しておらず、かつ、支給もできない場合はその旨）

(21) 一般名处方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品を調剤することとするが、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について適切に説明した上で、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載する。

(22) 薬剤服用歴管理指導料「3」は、保険薬剤師が患者が入所している特別養護老人ホームを訪問し、当該患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して必要な指導等を行った場合に算定する。

(23) 薬剤服用歴管理指導料「1」についても、「区分番号 10」の薬剤服用歴管理指導料の（1）から（19）まで及び（21）を満たすこと。ただし、（4）の業務については、必要に応じて実施する。

(24) 薬剤服用歴管理指導料「3」に関して、「注8」に規定する交通費は実費とする。

(25) 「区分番号 00」の調剤基本料の「注9」の分割調剤における2回目以降の調剤を行う場合には、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医へ情報提供するとともに、処方医に対して情報提供した内容を薬剤服用歴の記録に記載する。

(26) 「区分番号 15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方箋によって調剤を行った場合に限り算定でき、それ以外の場合には算定できない。

(27) 麻薬管理指導加算

ア 「注3」の麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、電話等により定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

イ 指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載する。

(28) 重複投薬・相互作用等防止加算

ア 「注4」の重複投薬・相互作用等防止加算は、薬剤服用歴の記録又は患者及びその家族等から的情報に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。ただし、複数の項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。なお、薬剤服用歴管理指導料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。

イ 「イ 残業調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

①併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）

②併用薬、飲食物等との相互作用

③そのほか薬学的観点から必要と認める事項

ウ 「ロ 残業調整に係るものの場合」は、残業について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

エ 重複投薬・相互作用等防止加算の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行

った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴の記録に記載する。

オ 同時に複数の処方箋を受け付け、複数の処方箋について薬剤を変更した場合であっても、1回に限り算定する。

(29) 特定薬剤管理指導加算

ア 「注5」の特定薬剤管理指導加算は、薬剤服用歴管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、患者又はその家族等に当該薬剤が特に安全管理が必要な医薬品である旨を伝え、当該薬剤についてこれまでの指導内容等も踏まえ適切な指導を行った場合に算定する。

なお、「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（日本薬剤師会）等を参考し、特に安全管理が必要な医薬品に関して薬学的管理及び指導等を行う上で必要な情報については前回に情報を収集することが望ましいが、薬局では得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要とはしない。

イ 特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、デオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膀胱ホルモン剤及び抗H1V薬等。

なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。

ウ 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、その全てについて必要な薬学的管理及び指導を行うこと。ただし、処方箋の受付1回につき1回に限り算定するものであること。

エ 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、従来と同一の処方内容にもかかわらず当該加算を継続して算定する場合には、特に指導が必要な内容を重点的に行い、その内容を薬剤服用歴の記録に記載すること。

(30) 乳幼児服薬指導加算

ア 「注6」の乳幼児服薬指導加算は、乳幼児に係る処方箋の受付の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。

イ 乳幼児服薬指導加算を算定した処方箋中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方箋に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。

ウ アにおける確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴の記録及び手帳に記載する。

(31) 薬剤服用歴管理指導料の特例

ア 「注9」の薬剤服用歴管理指導料の特例を算定する場合の取扱いは、（1）から（26）までに準ずるものとする。なお、保険薬剤師が、患者が入所している特別養護老人ホームを訪問して行う場合は、（22）から（24）までに準ずる。

イ 薬剤服用歴管理指導料の特例を算定する場合は、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算、乳幼児服薬指導加算は算定できない。

該薬局の他の保険薬剤師が開局時間外の相談等に対応する場合があることを説明するとともに、当該薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。

オ 患者又は他の保険薬局等で調剤を受けた場合は、その服用薬等の情報を入手し、薬剤服用歴の記録に記載すること。

カ 調剤師も患者の服薬状況の把握、指導等を行い、その内容を薬剤を処方した保険医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。服薬状況の把握は、患者の容態や希望に応じて、定期的にすること（電話による連絡、患者への訪問、患者の来局時など）。また、服用中の薬剤に係る重要な情報を知ったときは、患者に対し当該情報を提供し、患者への指導等の内容及び情報提供した内容については薬剤服用歴の記録に記載すること。

キ 継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を必要に応じて提供し、その取組（いわゆるバッグイン運動）の意義等を説明すること。また、患者が薬剤等を持参した場合は服用薬の整理等の薬学的管理を行なうこととするが、必要に応じて患者を訪問して服用薬の整理等を行うこと。なお、訪問に要した交通費（実費）は、患者の負担とする。

ク 必要に応じ、患者が入手している調剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及び指導を行う。

（7）かかりつけ薬剤師指導料を算定する患者以外の患者への服薬指導等又は地域住民からの要指導医薬品等の使用に関する相談及び健康の維持増進に関する相談に対しても、丁寧に対応した上で、必要に応じて保険医療機関へ受診勧奨を行うよう努める。

（8）麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算及び乳幼児服薬指導加算の取扱いについては、「区分番号 10」の「注3」に掲げる麻薬管理指導加算、「注4」に掲げる重複投薬・相互作用等防止加算、「注5」に掲げる特定薬剤管理指導加算及び「注6」に掲げる乳幼児服薬指導加算に準じるものとする。

（9）育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）で定める期間に、当該保険薬局の勤務時間が週32時間に満たない薬剤師が算定する場合には、次に掲げる対応を行う。

ア 同意取得にあたり、勤務時間が通常より短いことを説明する。

イ 患者に渡す勤務表には、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律で定める期間であるため短時間勤務となっている旨を記載する。

ウ 当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師と当該患者についての情報を共有し、同意している保険薬剤師の不在時に患者から問い合わせがあった場合等に、他の保険薬剤師が同意している保険薬剤師と連絡を取るなどして円滑に対応できる体制を整えておく。

（10）かかりつけ薬剤師指導料は、薬剤服用歴管理指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料と同時に算定することはできない。

（11）平成30年4月1日前に取得した同意は、（2）の規定によらずその効力を有する。ただし、患者が同意の取消しを申し出た場合は、この限りでない。

区分 13 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料

- (1) かかりつけ薬剤師包括管理料は、(2) に該当する患者のかかりつけ薬剤師が、保険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った場合に算定できる。
- (2) かかりつけ薬剤師包括管理料の対象患者は、診療報酬点数表の「区分番号 A001」の「注 12」地域包括診療加算若しくは「注 13」認知症地域包括診療加算又は区分番号「B00 1-2-9」の地域包括診療料若しくは「区分番号 B001-2-10」の認知症地域包括診療料を算定している患者とする。
- なお、これらの患者のかかりつけ薬剤師として「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」を算定する場合には、患者の同意の下で保険薬局においていずれかを算定できる。
- (3) 患者の服薬状況等については、薬学的見に基づき随時把握して、保険医に対して、その都度情報提供とともに、必要に応じて処方提案する。なお、情報提供の要否、方法、頻度等については、あらかじめ保険医と相談して合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等によることで差し支えない。
- (4) かかりつけ薬剤師包括管理料の算定に当たっては、「区分番号 13 の 2」のかかりつけ薬剤師指導料の(2)から(7)まで、(9)及び(11)を準用する。この場合において、「かかりつけ薬剤師指導料」は「かかりつけ薬剤師包括管理料」と読み替える。
- (5) かかりつけ薬剤師包括管理料は、薬剤服用歴管理指導料又はかかりつけ薬剤師指導料と同時に算定できない。

区分 14 の 2 外来服薬支援料

- (1) 外来服薬支援料は、保険薬局の保険薬剤師が、自己による服薬管理が困難な外来の患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じ、当該患者又はその家族等が持参した服薬中の薬剤について、治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を判断し、当該薬剤を処方した保険医にその必要性につき了解を得た上で、一包化や服薬カレンダーの活用等により薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援した場合に、「注 1」及び「注 2」合わせて服薬支援 1 回につき、月 1 回に限り算定する。また、患者の来局時のほか、患者の求めに応じて保険薬剤師が患者を訪問して服用薬の整理等を行った場合でも算定できる。この場合、訪問に要した交通費（実費）は患者の負担とする。なお、服薬管理を容易にするような整理を行わずに単に服薬指導を行っただけでは算定できない。
- (2) 「注 1」については、外来服薬支援を行うに当たり、患者が、当該保険薬局で調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を服用していないか確認し、極力これらの薬剤も含めて整理するよう努める。また、実際にこれらの薬剤も含めて服薬支援を行う場合には、重複投薬、相互作用等の有無を確認し、処方医に必要な照会を行い、適切な措置を講じる。なお、患者に対する服薬中の薬剤の確認や処方医への照会等を行った上で、結果として、他の保険薬局で調剤された薬剤又は保険医療機関で院内投薬された薬剤のみについて服薬支援を行うこととなった場合（当該保険薬局で調剤を受けていない患者が持参した、他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤について服薬支援を行う場合を含む。）でも算定できる。

- 20 -

- (3) 「注 2」については、患者が保険薬局に持参した服用中の薬剤等の服薬管理を行い、その結果を関係する保険医療機関へ情報提供した場合に算定できる。算定に当たっては、あらかじめ、患者又はその家族等に対して、保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を提供し、患者等が薬剤等を持参することで服薬管理を行う取組（いわゆる「ラウンバッジ運動」）を周知しておく。
- (4) 外来服薬支援は、処方箋によらず、調剤済みの薬剤について服薬管理の支援を目的として行うものであるため、薬剤の一包化を行った場合でも、調剤技術料は算定できない。
- (5) 薬剤の一包化による服薬支援は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包装から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に行うものである点に留意する。
- (6) 外来服薬支援料を算定する場合は、服薬支援に係る薬剤の処方箋の了解を得た旨又は情報提供した内容並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴の記録に記載する。
- (7) 外来服薬支援料は、「区分番号 15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。また、現に他の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている患者についても算定できない。

区分 14 の 3 服用薬剤調整支援料

- (1) 服用薬剤調整支援料は、当該内服を開始して 4 週間以上経過した内服薬 6 種類以上を当該保険薬局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が、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について評価したもののである。
- (2) 服用薬剤調整支援料は、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 種類は当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとする。）減少し、その状態が 4 週間以上継続した場合に算定する。
- (3) 保険医療機関名及び保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (4) 調剤している内服薬について、屯服薬は対象とはならない。また、当該内服薬の服用を開始して 4 週間に内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。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。
- (5) 内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1 錠剤ごとに 1 種類として計算する。
- (6) 保険薬剤師は処方箋へ提案を行う際に、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等の方法により記録・保持する。
- (7) 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

- 21 -

算定することができる。

区分 15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を行った場合に算定する。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう单一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数をいう。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、单一建物診療患者の人数とみなすことできる。
- (3) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいう。ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成 20 年厚生労働省告示第 128 号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年 3 月 31 日保医発第 033 1002 号）等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。
- (4) (3)にかかわらず、訪問薬剤管理指導を主に行っている保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、連携する他の保険薬局（以下「サポート薬局」という。）と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には在宅基幹薬局の薬剤師に代わって当該患者又はその家族等に訪問薬剤管理指導を行うことについて、あらかじめ当該患者又はその家族等の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は、在宅基幹薬局が行うこととするが、費用については両者の合議とする。
- (5) サポート薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行ったサポート薬局名、当該訪問薬剤管理指導を行った日付及びやむを得ない理由等を記載する。また、サポート薬局が处方箋を受け付け、調剤を行ったサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等はサポート薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄にはサポート薬局が处方箋を受け付けた旨を記載する。

- (6) 1 つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が 2 人以上いる場合は、患者ごとに「单一建物診療患者が 1 人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 1 0%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が 2 人以下の場合には、それぞれ「单一建物診療患者が 1 人の場合」を算定する。
- (7) 「薬学的管理指導計画」は、処方箋から提供された診療状況を示す文書等に基づき、又は必要に応じ、処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、患者への訪問回数、訪問間隔等を記載する。
- (8) 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存する。
- (9) 薬学的管理指導計画は、原則として、患者を訪問する前に策定する。
- (10) 訪問後、必要に応じ新たに得られた患者の情報に踏まえ計画の見直しを行う。
- (11) 薬学的管理指導計画は少なくとも 1 月に 1 回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行う。
- (12) 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、訪問薬剤管理指導の結果及び当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点について情報提供する。
- (13) 訪問薬剤管理指導料は、当該保険薬局の調剤した薬剤の服用期間内に、患者の同意を得て実施する。なお、調剤を行っていない月に訪問薬剤管理指導を実施した場合は、当該調剤年月日及び投薬日数を調剤報酬明細書の摘要欄に記入する。
- (14) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を月 2 回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は 6 日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週 2 回かつ月 8 回に限り算定できる。
- (15) 保険薬剤師 1 人につき「1」、「2」及び「3」を合わせて週 40 回に限り算定できる。
- (16) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号 1 0」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
- イ 処方医から提供された情報の要点
- ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複服用、相互作用等にに関する確認、実施した服薬支援措置等）
- エ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- オ 処方医以外の医療関係職種との間で情報を共有している場合には、当該医療関係職種から提供された情報の要点及び当該医療関係職種に提供した訪問結果に関する情報

- 22 -

- 32 -

- 23 -

報の要點

- カ サポート薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行った場合には、(5)で規定する事項
- (17) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、「区分番号 10」の薬剤服用歴管理指導料、「区分番号 13 の 2」かかりつけ薬剤師指導料及び「区分番号 13 の 3」かかりつけ薬剤師包括管理料は、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾患又は負傷に係る臨時の処方箋によって調剤を行った場合を除いて算定できない。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、「区分番号 14 の 2」の外来服薬支援料又は「区分 15 の 5」の服薬情報等提供料は算定できない。
- (18) 麻薬管理指導加算
- ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に關し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や副作用の有無の確認を行い、処方箋発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。
- イ 「注 2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。
- ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号 10」の(3)及び「区分番号 15」の(16)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されなければならない。
- (イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は增量投与による副作用の有無などの確認等）
- (ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
- (ハ) 処方医に対して提供的した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
- (ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）
- (19) 「注 3」の乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。
- (20) 保険薬局（サポート薬局を含む。）の所在地と患者の所在地との距離が 16 キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患者の所在地から 16 キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出している薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定については 16 キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注 2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患者の希望により 16 キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患者の所在地との距離が 16 キロメートルを超えた場合」とは、患者を中心とする半径 16 キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。
- ただし、平成 24 年 3 月 31 日以前に「区分番号 15」の「注 1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。
- (7) 「注 4」に規定する交通費は実費とする。

区分 15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

- (1) 在宅患者緊急時等共同指導料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等（居宅介護支援事業者の介護支援専門員を含む。以下同じ。）が一堂に会す等によりカンファレンスを行うことで、より適切な治療方針を立てることが可能となるとともに、カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の情報を的確に共有することができ、患者及び家族が安心して療養生活を送ることに資することから、そのような取組を評価するものである。
- (2) 在宅患者緊急時等共同指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものや病状の急変や、診療方針の大幅な変更等が必要が生じたことに伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、原則として患者を訪問し、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスを行うとともに、共有した当該患者の診療情報及び当該カンファレンスの結果を踏まえ、計画的な訪問薬剤管理指導の内容に加えて患者に対する療養上必要な薬学的管理指導を行った場合に、月 2 回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該薬学的管理指導を行った場合でも算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに薬学的管理指導を行ふものであること。また、カンファレンス及びそれ

家を中心とする半径 16 キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成 24 年 3 月 31 日以前に「注 1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

(21) 「注 4」に規定する交通費は実費とする。

区分 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものや病状の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患者を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、当該保険医に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、月 4 回に限り算定する。
- (2) 「区分番号 15」の(4)に規定する同意を得ている場合において、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が緊急訪問薬剤管理指導を行った場合は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、その場合においては、「区分番号 15」の(4)及び(5)の取扱いに準ずること。
- (3) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号 10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
- イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から緊急の要請があった日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨
- ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）
- エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- (4) 麻薬管理指導加算
- ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に關し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や副作用の有無の確認を行い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。
- イ 「注 2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。
- ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号 10」の(3)及び「区分番号 15 の 2」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されなければならない。
- (イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は增量投与による副作用の有無などの確認等）
- (ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

- 25 -

切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

- (ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
- (ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）
- (5) 「注 3」の乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。
- (6) 保険薬局（サポート薬局を含む。）の所在地と患者の所在地との距離が 16 キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患者の所在地から 16 キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出している薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定については 16 キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注 2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患者の希望により 16 キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患者の所在地との距離が 16 キロメートルを超えた場合」とは、患者を中心とする半径 16 キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。
- ただし、平成 24 年 3 月 31 日以前に「区分番号 15」の「注 1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。
- (7) 「注 4」に規定する交通費は実費とする。

に基づく薬学的管理指導 1 回につき 1 回に限り算定する。

- (3) 当該カンファレンスは、原則として、患者が在宅での場所でカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。また、やむを得ない事情により患者を訪問することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、保険薬局の保険薬剤師が、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号 15 の 4 において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合で算定可能である。
- ア 当該カンファレンスに当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の 3 者以上が参加すること
- イ 当該 3 者のうち 2 者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っていること
- (4) 更に、保険薬局が、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続の取扱いについて」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）の別添 3 の別紙 2 に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合には、以下のアからウまでを満たすときに限り、ビデオ通話を用いて参加した場合でも算定可能である。
- ア 当該カンファレンスを当該月に 2 回実施する場合の 2 回目のカンファレンスであること
- イ 当該 2 回目のカンファレンスに当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の 3 者以上が参加すること
- ウ 1 者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っていること
- (5) (3)及び(4)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共に通常のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成 25 年 10 月）に対応していること。
- (6) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号 10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならぬ。
- ア カンファレンス及び薬学的管理指導の実施日、薬学的管理指導を行った薬剤師の氏名並びにカンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名
- イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から要請があつて患者を訪問し、他の医療関係職種等と共同してカンファレンスを行い、その結果を踏まえて薬学的管理指導を実施した旨及びその理由
- ウ カンファレンスの要点及びカンファレンスの結果を踏まえて実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）
- エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- (7) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合は、「区分番号 15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料は別に算定できない。
- (8) 麻薬管理指導加算
- ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管

- 26 -

- 33 -

- 27 -

取扱い上の注意等に際し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

イ 「注2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならぬ。

(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は增量投与による副作用の有無などの確認等）

(ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

(ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

(二) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）

(9) 「注3」の乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。

(10) 保険薬局の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患者の所在地から16キロメートルの範囲の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届けている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急時等共同指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患者の希望により16キロメートルを超えて療養上必要な指導を行った場合の在宅患者緊急時等共同指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患者を中心とする半径16キロメートルの範囲の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年3月31日以前に「区分番号15」の「注1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものである。

区分15の4 退院時共同指導料

(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限

- 28 -

- 29 -

ウ 保険医療機関からの求めに応じ、入院前の患者の服用薬について確認し、依頼元の医療機関に情報提供した場合

(3) 「服薬情報等提供料2」は、以下の場合に算定できる。

ア 患者又はその家族等の求めがあった場合、患者の同意を得て、次に掲げる情報等の内容について、患者又はその家族等に対して速やかに提供等し、当該患者の次の回の処方箋受付時に提供した情報をに関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合。

(イ) 緊急安全性情報、安全性速報や医薬品・医療機器等安全性情報など、処方箋受付時に提供した薬剤情報以外の情報で患者の服薬期間中に新たに知り得た情報

(ロ) 患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導

イ 保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴に基づき患者の服薬に関する（4）のアからウまでに掲げる情報提供の必要性を認めた場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合。これには、保険薬局において患者の服用薬の残薬を確認し、処方箋を発行した保険医療機関に対して情報提供を行った場合が含まれる。

(4) 保険医療機関に対する情報提供の内容は次のとおりとする。

ア 当該患者の服用薬及び服薬状況

イ 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等

ウ 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報

(5) ここでいう「服薬状況」とは、患者が薬剤の用法及び用量に従って服薬しているか否かに関する状況のほか、服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えに関する情報を含む。患者に自覚症状がある場合には、当該自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果も含めて情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすることが望ましい。

(6) (4)のウについては、処方箋の記入上の疑義照会等では算定できない。

(7) 患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみの算定とする。ただし、2以上の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる。

(8) 保険医療機関への情報提供に当たっては、別紙様式1又はこれに準ずる様式の文書等に必要な事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書等の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存しておく。

(9) (3)のアについて、患者の服薬期間中に情報提供した事項、服薬期間中及び処方箋受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導等については、情報提供の都度、薬剤服用歴の記録に記載する。

(10) 服薬情報等提供料は、「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤指導料、「区分番号13の3」のかかりつけ薬剤師包括管理料又は「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

(11) 電子的方法によって、個々の患者の服薬に関する情報等を保険医療機関に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に

り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

(2) 保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本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2号）の別添3の別添2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属するものであって、やむを得ない事情により、保険薬局の薬剤師が入院保険医療機関に赴くことができないときは、ビデオ電話を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(3) 当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に赴くことで共同指導を行っている場合に、やむを得ない事情により、保険薬局の薬剤師が入院保険医療機関に赴くことができないときは、ビデオ電話を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(4) (2)及び(3)において、患者の個人情報を当該ビデオ電話の画面で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカレンダーレンジスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）に対応していること。

(5) 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。

(6) 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴の記録に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する。

(7) 退院時共同指導料は、退院後在家での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

区分15の5 服薬情報等提供料

(1) 服薬情報等提供料は、保険薬局において調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関に当該情報を提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下で医薬品の適正使用を推進すること目的とするものである。

(2) 「服薬情報等提供料1」は、保険医療機関から(4)のア又はイに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について書面又は電子的な方法（以下「文書等」という。）により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。ア 処方箋を発行した保険医療機関が患者の服用薬の残薬の報告を求めており、保険薬局において患者の服用薬の残薬を確認し、当該保険医療機関に対して情報提供を行った場合

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合

代わり、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。

区分15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

(1) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、薬剤服用歴の記録又は患者及びその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。ただし、複数項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。

(2) 「イ 残薬調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）

イ 併用薬・飲食等との相互作用

ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項

(3) 「ロ 残薬調整に係るものの場合」は、残薬について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

(4) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴の記録に記載する。

(5) 同時に複数の処方箋を受け付け、複数の処方箋について薬剤を変更した場合であっても、1回に限り算定する。

く薬剤料

区分20 使用薬剤料

(1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。

ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返却した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返却する。

なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

(2) 保険薬局が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費を負担させて差し支えないが、患者が当該吸入器を返却した場合は当該実費を返却する。

(3) 被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため（天災地変その他やむを得ない場合を除く。）再交付された処方箋に基づいて、保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

(4) 内服液を投与する際には常に水（水道水、自然水）を使用するが、特に蒸留水を使用しなければならない理由があれば使用して差し支えない。

(5) 薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。

<特定保険医療材料料>

- 30 -

- 34 -

- 31 -

区分 30 特定保険医療材料

- (1) 保険薬局で交付できる特定保険医療材料とは、別表 1 に掲げるものとし、次に該当する器材については算定できない。
ア 別表 2 に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器
イ 在宅医療以外の目的で患者が使用する「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成 20 年 3 月厚生労働省告示第 61 号）の別表の I に規定されている特定保険医療材料
(2) 特定保険医療材料の定義については、「特定保険医療材料の定義について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号）を参照すること。

別表 1

- インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第VII因子製剤、乾燥人血液凝固第VIII因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第IX因子製剤、乾燥人血液凝固第IX因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体注回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロビン放出ホルモン誘導体、ゾマトスタンチアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブブレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト、エタネルセフト製剤、ヒトソマトメジン C 製剤、ペグビスマント製剤、スマトリプタン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、テリバラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アボモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブベゴル製剤、トリシリズマブ製剤、メトレープチジン製剤、アバセフト製剤、pH 4 处理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、アスピロターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、セクキスマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキスマブ製剤及びゴリムマブ製剤の自己注射のために用いるディスポーザブル注射器（針を含む。）
○ 万年筆型注入器用注射針
○ 「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成 20 年 3 月厚生労働省告示第 61 号）の別表の I に規定されている特定保険医療材料

別表 2

- インスリン製剤
ヒト成長ホルモン剤
遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤
乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII因子製剤
遺伝子組換え型血液凝固第VII因子製剤
乾燥人血液凝固第VIII因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第IX因子製剤

- 乾燥人血液凝固第IX因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体注回活性複合体を含む。）
性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤
性腺刺激ホルモン製剤
ゴナドトロビン放出ホルモン誘導体
ゾマトスタンチアナログ
顆粒球コロニー形成刺激因子製剤
インターフェロンアルファ製剤
インターフェロンベータ製剤
ブブレノルフィン製剤
抗悪性腫瘍剤
グルカゴン製剤
グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト
ヒトソマトメジン C 製剤
エタネルセフト製剤
ペグビスマント製剤
スマトリプタン製剤
グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤
アダリムマブ製剤
テリバラチド製剤
アドレナリン製剤
ヘパリンカルシウム製剤
アボモルヒネ塩酸塩製剤
セルトリズマブベゴル製剤
トリシリズマブ製剤
メトレープチジン製剤
アバセフト製剤
pH 4 处理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤
アスピロターゼ アルファ製剤
グラチラマー酢酸塩製剤
セクキスマブ製剤
エボロクマブ製剤
プロダルマブ製剤
アリロクマブ製剤
ベリムマブ製剤
イキセキスマブ製剤
ゴリムマブ製剤

保医発 0305 第 3 号
平成 30 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
(公印省略)

厚生労働省保険局歯科医療管理官
(公印省略)

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 45 号）が公布され、平成 30 年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号）は、平成 30 年 3 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の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）に定めるものその他、別添 1 のとおりとする。
- 2 別添 1 に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

3 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業、同条第 2 号に規定する介護休業、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第 1 項（第 2 号に係る部分に限る。）の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第 2 届出に関する手続き

- 1 特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添 2 の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を 1 通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として 2 週間以内を標準とし、遅くとも概ね 1 か月以内（提出者の補正を要する期間は除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。
ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。
 - (1) 開放型病院の施設基準
届出前 30 日間の実績を有していること。
 - (2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合
ア 1 月から 12 までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他

の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有していれば足りるものとし、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。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の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。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

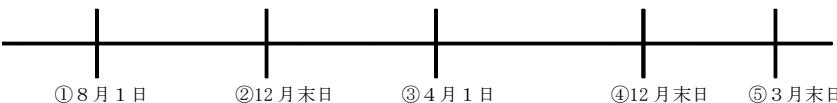
ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあっては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィー、

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）、後縫靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、経皮の冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル大動脈弁置換術、経皮の僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管閉存閉鎖術、磁気ナビゲーション加算、経皮の中隔心筋焼灼術、ベースメーカー移植術（リードレスベースメーカーの場合）、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、内視鏡下肢靜脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、腹腔鏡下脾腫瘍摘出術、腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下臍式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、高エネルギー放射線治療、1回線量増加加算並びに強度変調放射線治療（IMRT）に係る年間実施件数

ア 1月から12までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、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。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の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。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得

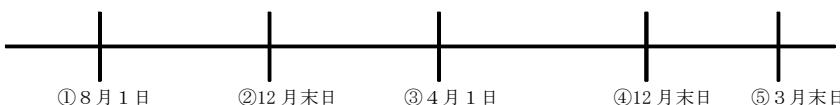
ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合は、新規届出として取り扱うものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
- ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
- ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(4) コンタクトレンズ検査料1から3までに係る検査割合及び院内交付割合

ア 1月から12までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前6月の実績（当該保険医療機関の新

規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後6月以内に届け出る場合は、届出前3月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、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、翌年の1月から翌年の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。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の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。なお、施設基準に適合しなくなつたため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断（コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとする。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が1月当たり平均500件を超える保険医療機関にあっては、1月から6までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、6月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年6月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の10月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとし、7月から12月までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、12月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から9月末日まで所定点数を算定できるものとする。

オ コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月1月間で33%（又は44%）を超えた場合又は30%（又は40%）以上33%（又は44%）未満の場合が暦月で3か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

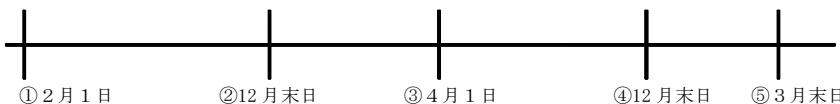
例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(5) 後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

届出前3月間の実績を有していること。

(6) 経口摂取回復促進加算1に係る施設基準

- ア 他の保険医療機関等から紹介された患者であって胃瘻を造設した患者又は自院で新たに胃瘻を造設した患者の数
1月から12までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 経口摂取回復率

- (イ) 1月から12までの1年間に別添1の第45の2の1の（3）のア又はイのいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、1年内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

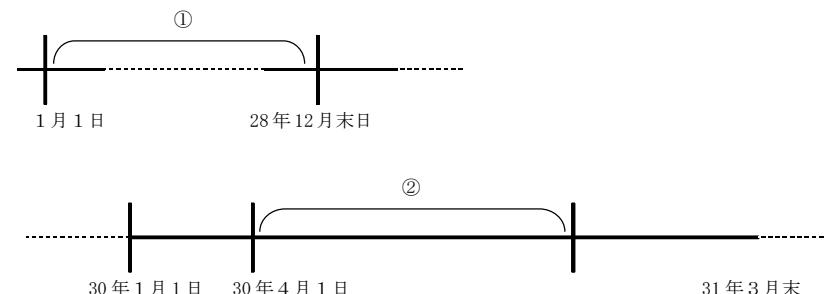
- (ロ) 新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、4月から6月（直近2年以内）までの3か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合は該当しないものであること。

- (ハ) (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の1月から12までの1年内に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年内に栄養方法

が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例1：イ（イ）による届出の場合

- ・平成28年1月1日から12月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成30年4月1日から平成31年3月31日まで（②）算定可



例2：イ（ロ）による新規届出の場合

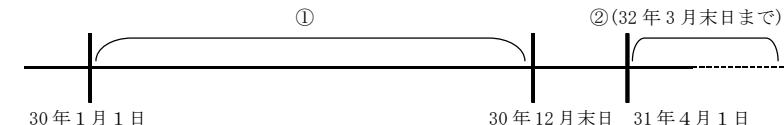
- ・平成30年4月1日から6月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から平成31年3月末日まで（②）算定可



※算定開始が31年1月以降である場合は、平成32年3月末日まで算定可

例3：イ（ハ）による届出の場合

- ・平成30年1月1日から12月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成31年4月1日から平成32年3月末日まで（②）算定可



(7) 経口摂取回復促進加算 2 に係る施設基準

ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の 4 月前までの 3 か月間に摂食機能療法を開始した入院患者で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前 1 か月以上の間経口摂取を行っていなかったもののうち、摂食機能療法を開始した日から起算して 3 月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件と合わせて、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 日から起算して 2 か月間に限り所定点数を算定することができる。また、月の最初の開序日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から起算して 3 か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の 4 月前までの 3 か月間に摂食機能療法を開始した入院患者で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前 1 か月以上の間経口摂取を行っていなかったもののうち、摂食機能療法を開始した日から起算して 3 月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、当該月の 1 日から起算して 3 か月間に限り所定点数を算定することができる。

(8) 高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準

ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の 4 月前までの 3 か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添 1 第 4 の 6 (9) のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から 2 か月間に限り所定点数を算定できる。また、月の最初の開序日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から起算して 3 か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の 4 月前までの 3 か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添 1 第 4 の 6 (9) のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の 1 日から起算して 3 か月間に限り所定点数を算定することができる。

(9) 処置の休日加算 1 、時間外加算 1 及び深夜加算 1 に係る年間実施日数

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年 3 月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数

(イ) 1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年 3 月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) (イ) にかかるわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった

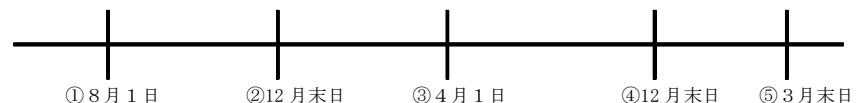
月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から翌年の 3 月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開序日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から翌年の 3 月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなつたため所定点数を算定できなくなつた後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

(ハ) (ロ) に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年 12 月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年 3 月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例：イの (ハ) による届出の場合

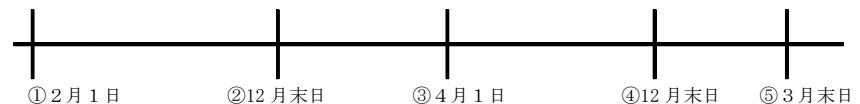
8 月 1 日から新規に算定を開始した場合

- ・翌年 3 月末 (③の前日) までは算定可
- ・①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断（実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
- ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例 2 : 2 月 1 日から新規に算定を開始した場合

- ・翌年 3 月末 (③の前日) までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(10) 手術の休日加算 1 、時間外加算 1 及び深夜加算 1 に係る年間実施日数

手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1については、(9) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の例による。

- (11) 人工腎臓（慢性維持透析を行った場合1及び2に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数の割合
ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末まで所定点数を算定できるものとする。
イ アにかかわらず、新規に届出をする場合（平成30年3月31において現に人工腎臓を算定していた保険医療機関が、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり行う届出を含む。）は、届出前12月の実績（届出前12月の実績がない場合は届出前3月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、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日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から所定点数を算定することができるものとする。
ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年12月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及びJ038人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末まで所定点数を算定できるものとする。
エ アにかかわらず、届出前12月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

新規届出の場合

例1：7月10日から算定を開始した場合

- ・①から②までの実績により適合性を判断
- ・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
- ・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断
- ・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



例2：1月10日から算定を開始した場合

- ・①から②までの実績により適合性を判断
- ・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
- ・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断

・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



- (12) 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

- ア 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数

1月から12月までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 経口摂取回復率

経口摂取回復率については、(6) 経口摂取回復促進加算1に係る施設基準のイの例による。この場合において、同イの(イ)中「別添1の第45の2の1の(3)のア又はイ」とあるのは、「別添1の第79の3の1の(2)のイの①の(ア)又は(イ)」と読み替えるものとする。

- (13) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

- (イ) 前年3月1日から当年2月末日までの1年間の処方箋受付回数の実績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。

- (ロ) (イ)にかかわらず、前年3月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料1に該当しているものとして取り扱う（ただし、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ものとして別添1の第90の1(1)のアからエまでに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。）。

- a 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に指定された保険薬局について指定日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。

- b 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定日の属する月の翌月1日から3か月間の処方箋受付回数で判定し、当該3か月の最終月の翌月1日から翌年3月31日まで適用する。

- (ハ) 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、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）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は、(ロ)bにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取

り扱う。

新規届出の場合

例：30年8月1日に新規指定された薬局（（ロ）の場合）

- ①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う（ただし、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ものとして第90の1（1）のアからエまでに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。）。
- ②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。
- 31年4月1日（⑥の翌日）から32年3月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



（14）調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

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。ただし、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。

（15）妥結率の実績

イ 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日までとし、翌年4月1日から翌々年3月31日まで適用する。

ロ イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年4月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年3月31日までは妥結率が5割を超えているものとみなす。
ハ 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遅延指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遅延指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：30年5月1日に新規指定された薬局の場合

- ①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす
- ②から③までの妥結率の実績を30年4月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。



①30年5月1日 ②30年4月1日 ③9月末日 ④32年3月末日 ⑤33年3月末日

（16）調剤基本料の注6に規定する保険薬局

届出前3月間の実績にて判定すること。

5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

- （1）当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- （2）当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- （3）地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
- （4）当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

ウイルス疾患指導料	(医管) 第	号
喘息治療管理料	(ウ指) 第	号
糖尿病合併症管理料	(喘管) 第	号
がん性疼痛緩和指導管理料	(糖管) 第	号
がん患者指導管理料イ	(がん疼) 第	号
がん患者指導管理料ロ	(がん指イ) 第	号
がん患者指導管理料ハ	(がん指ロ) 第	号
外来緩和ケア管理料	(がん指ハ) 第	号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	(外緩) 第	号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	(移植管臓) 第	号
糖尿病透析予防指導管理料	(移植管造) 第	号
乳腺炎重症化予防・ケア指導料	(糖防管) 第	号
	(乳腺ケア) 第	号

地域連携小児夜間・休日診療料1	(小夜1) 第号	別添1の「第14の2」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算2	(在病実2) 第号
地域連携小児夜間・休日診療料2	(小夜2) 第号	歯科疾患在宅療養管理料の注4に掲げる在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	(在歯管) 第号
地域連携夜間・休日診療料	(夜) 第号	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	(在医総管) 第号
院内トリアージ実施料	(トリ) 第号	在宅がん医療総合診療料	(在総) 第号
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算	(救搬看体) 第号	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料	(在看) 第号
外来放射線照射診療料	(放射診) 第号	在宅療養後方支援病院	(在後病) 第号
地域包括診療料	(地包診) 第号	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(在訪瘡) 第号
小児かかりつけ診療料	(小か診) 第号	在宅血液透析指導管理料	(在血液) 第号
ニコチニン依存症管理料	(ニコ) 第号	在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔酸素) 第号
療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算	(両立支援) 第号	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算	
開放型病院共同指導料	(開) 第号		
別添1の「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診1) 第号	在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	(遠隔持陽) 第号
別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診2) 第号	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在植補心) 第号
別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診3) 第号	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	(在電場) 第号
別添1の「第9」の2の(3)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診実) 第号	持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定	(在洗腸) 第号
別添1の「第9」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算1	(在診実1) 第号	持続血糖測定器加算	(持血測) 第号
別添1の「第9」の2の(5)に規定する在宅療養実績加算2	(在診実2) 第号	地域医療連携体制加算	(歯地連) 第号
ハイリスク妊産婦共同管理料(I)	(ハイI) 第号	遺伝学的検査	(遺伝検) 第号
がん治療連携計画策定料	(がん計) 第号	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	(歯訪診) 第号
がん治療連携指導料	(がん指) 第号	在宅歯科医療推進加算	(在推進) 第号
排尿自立指導料	(排自) 第号	有床義歎咀嚼機能検査1のイ	(咀嚼機能1) 第号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎) 第号	有床義歎咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査	(咀嚼能力) 第号
ハイリスク妊産婦連携指導料1	(ハイ妊連1) 第号	有床義歎咀嚼機能検査2のイ	(咀嚼機能2) 第号
ハイリスク妊産婦連携指導料2	(ハイ妊連2) 第号	有床義歎咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査	(咬合圧) 第号
薬剤管理指導料	(薬) 第号	精密触覚機能検査	(精密触覚) 第号
地域連携診療計画加算	(地連計) 第号	骨髓微小残存病変量測定	(骨残測) 第号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	(電情) 第号	抗H LA抗体(スクリーニング検査)及び抗H LA抗体(抗体特異性同定検査)	(抗H LA) 第号
医療機器安全管理料1	(機安1) 第号	H PV核酸検出及びH PV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	(H PV) 第号
医療機器安全管理料2	(機安2) 第号	検体検査管理加算(I)	(検I) 第号
医療機器安全管理料(歯科)	(機安歯) 第号	検体検査管理加算(II)	(検II) 第号
在宅療養支援歯科診療所1	(歯援診1) 第号	検体検査管理加算(III)	(検III) 第号
在宅療養支援歯科診療所2	(歯援診2) 第号	検体検査管理加算(IV)	(検IV) 第号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	(か強診) 第号	国際標準検査管理加算	(国標) 第号
別添1の「第14の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院	(支援病1) 第号	遺伝カウンセリング加算	(遺伝カ) 第号
別添1の「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院	(支援病2) 第号	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	(血内) 第号
別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院	(支援病3) 第号	胎児心エコー法	(胎心エコ) 第号
別添1の「第14の2」の2の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診病) 第号	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	(歩行) 第号
別添1の「第14の2」の2の(3)に規定する在宅療養実績加算1	(在病実1) 第号	ヘッドアップティルト試験	(ヘッド) 第号
		人工膜臓検査、人工膜臓療法	(人膜) 第号
		長期継続頭蓋内脳波検査	(長) 第号

長期脳波ビデオ同時記録検査 1	(脳ビ) 第 号	脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	(脳III) 第 号
脳波検査判断料 1	(脳判) 第 号	運動器リハビリテーション料(I)	(運I) 第 号
遠隔脳波診断	(遠脳) 第 号	運動器リハビリテーション料(II)	(運II) 第 号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(中磁誘) 第 号	運動器リハビリテーション料(III)	(運III) 第 号
光トポグラフィー	(光ト) 第 号	呼吸器リハビリテーション料(I)	(呼I) 第 号
脳磁図	(脳磁診) 第 号	呼吸器リハビリテーション料(II)	(呼II) 第 号
神経学的検査	(神経) 第 号	経口摂取回復促進加算	(経口) 第 号
補聴器適合検査	(補聴) 第 号	難病患者リハビリテーション料	(難) 第 号
ロービジョン検査判断料	(ロー検) 第 号	障害児(者)リハビリテーション料	(障) 第 号
コンタクトレンズ検査料 1	(コン1) 第 号	がん患者リハビリテーション料	(がんリハ) 第 号
コンタクトレンズ検査料 2	(コン2) 第 号	認知症患者リハビリテーション料	(認リハ) 第 号
コンタクトレンズ検査料 3	(コン3) 第 号	リンパ浮腫複合的治療料	(リン複) 第 号
小児食物アレルギー負荷検査	(小検) 第 号	集団コミュニケーション療法料	(集コ) 第 号
内服・点滴誘発試験	(誘発) 第 号	歯科口腔リハビリテーション料2	(歯リハ2) 第 号
C T透視下気管支鏡検査加算	(C気鏡) 第 号	児童思春期精神科専門管理加算	(児春専) 第 号
画像診断管理加算 1	(画1) 第 号	救急患者精神科継続支援料	(急精支) 第 号
画像診断管理加算 2	(画2) 第 号	精神科作業療法	(精) 第 号
画像診断管理加算 3	(画3) 第 号	認知療法・認知行動療法1	(認1) 第 号
歯科画像診断管理加算 1	(歯画1) 第 号	認知療法・認知行動療法2	(認2) 第 号
歯科画像診断管理加算 2	(歯画2) 第 号	依存症集団療法	(依集) 第 号
遠隔画像診断	(遠画) 第 号	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(ショ大) 第 号
ポジトロン断層撮影	(ポ断) 第 号	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(ショ小) 第 号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	(ポ断コ複) 第 号	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大) 第 号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	(ポ断磁複) 第 号	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小) 第 号
乳房用ポジトロン断層撮影	(乳ポ断) 第 号	精神科ナイト・ケア	(ナ) 第 号
C T撮影及びMR I撮影	(C・M) 第 号	精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ) 第 号
冠動脈C T撮影加算	(冠動C) 第 号	抗精神病特定薬剤治療指導管理料(治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	
外傷全身C T加算	(外傷C) 第 号	抗治療(第)	号
心臓MR I撮影加算	(心臓M) 第 号	重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ) 第 号
乳房MR I撮影加算	(乳房M) 第 号	医療保護入院等診療料	(医療保護) 第 号
小児鎮静下MR I撮影加算	(小児M) 第 号	精神科在宅患者支援管理料	(精在宅援) 第 号
頭部MR I撮影加算	(頭部M) 第 号	医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の休日加算1	(医処休) 第 号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方) 第 号	医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の時間外加算1	(医処外) 第 号
外来後発医薬品使用体制加算	(外後発) 第 号	医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の深夜加算1	(医処深) 第 号
外来化学療法加算 1	(外化1) 第 号	医科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の休日加算1	(歯処休) 第 号
外来化学療法加算 2	(外化2) 第 号	医科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の時間外加算1	(歯処外) 第 号
無菌製剤処理料	(菌) 第 号	医科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の深夜加算1	(歯処深) 第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(I)	(心I) 第 号	口腔粘膜处置	(口腔粘膜) 第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(II)	(心II) 第 号	口腔粘膜血管腫凝固術	(口血凝) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	(脳I) 第 号	レーザー機器加算	(手光機) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	(脳II) 第 号	硬膜外自家血注入	(血入) 第 号

エタノールの局所注入（甲状腺）	(エタ甲) 第号
エタノールの局所注入（副甲状腺）	(エタ副甲) 第号
人工腎臓	(人工腎臓) 第号
導入期加算 1	(導入 1) 第号
導入期加算 2 及び腎代替療法実績加	(導入 2) 第号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	(透析水) 第号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	(肢梢) 第号
磁気による膀胱等刺激法	(磁膀刺) 第号
手術用顎微鏡加算	(手顎微加) 第号
う触歯無痛的窩洞形成加算	(う触無痛) 第号
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	(歩行ロボ) 第号
CAD/CAM冠	(歯CAD) 第号
手術時歯根面レーザー応用加算	(手術歯根) 第号
歯科技工加算 1 及び 2	(歯技工) 第号
センチネルリンパ節加算	(セ節) 第号
皮膚移植術（死体）	(皮膚植) 第号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）	(組再乳) 第号
骨移植術（軟骨移植を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	(同種) 第号
骨移植術（軟骨移植を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	(自家) 第号
後縫韌帶骨化症手術（前方進入によるもの）	(後縫骨) 第号
腫瘍脊椎骨全摘術	(脊椎摘) 第号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	(脳覚) 第号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	(脳光) 第号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	(頭移) 第号
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術	(脳刺) 第号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	(脊刺) 第号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁）	(仙神交便) 第号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱）	(仙神交膀) 第号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	(角膜切) 第号
羊膜移植術	(羊膜移) 第号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	(緑内イ) 第号
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	(緑内ド) 第号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	(硝切) 第号
網膜再建術	(網膜再) 第号
人工中耳植込術	(人工中耳) 第号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	(植補聴) 第号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	(内鼻V) 第号
喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	(喉頭形成) 第号

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	(顎移) 第号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）	(歯顎移) 第号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	(内下) 第号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	(内甲悪) 第号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MR I によるもの）	(乳腺ガ) 第号
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(乳切性障) 第号
乳がんセンチネルリンパ節加算 1 及びセンチネルリンパ節生検（併用）	(乳セ 1) 第号
乳がんセンチネルリンパ節加算 2 及びセンチネルリンパ節生検（単独）	(乳セ 2) 第号
乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	(乳腫) 第号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	(ゲル乳再) 第号
胸腔鏡下綱隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(胸腔綱支) 第号
胸腔鏡下良性綱隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(胸腔綱支) 第号
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	(肺腫) 第号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(胸腔肺悪) 第号
同種死体肺移植術	(肺植) 第号
生体部分肺移植術	(生肺) 第号
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎孟）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	(穿瘻閉) 第号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(胸腔食悪) 第号
内視鏡下筋層切開術	(内筋) 第号
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	(経特) 第号
胸腔鏡下弁形成術	(胸腔弁形) 第号
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(胸弁形内支) 第号
経カテーテル大動脈弁置換術	(カ大弁置) 第号
胸腔鏡下弁置換術	(胸腔下置) 第号
経皮的僧帽弁クリップ術	(経僧帽) 第号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	(脈動開) 第号
磁気ナビゲーション加算	(磁場心) 第号
経皮的中隔心筋焼灼術	(経中) 第号
ベースメーカー移植術及びベースメーカー交換術	(～) 第号
ベースメーカー移植術及びベースメーカー交換術（リードレスベースメーカー）	

	(ペリ) 第 号
両心室ベースメーカー移植術及び両心室ベースメーカー交換術	(両ペ) 第 号
植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	(除) 第 号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	(両除) 第 号
大動脈バルーンパンピング法（I A B P法）	(大) 第 号
経皮の循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	(経循補) 第 号
補助人工心臓	(補心) 第 号
小児補助人工心臓	(小補心) 第 号
植込型補助人工心臓（非拍動流型）	(植補心非) 第 号
同種心移植術	(心植) 第 号
同種心肺移植術	(心肺植) 第 号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	(筋シ心移) 第 号
内視鏡下小肢静脈瘤不全穿通枝切離術	(内下不切) 第 号
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	(腹小切) 第 号
腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(腹胃切支) 第 号
腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(腹側胃切支) 第 号
腹腔鏡下胃縮小術（スリープ状切除によるもの）	(腹胃縮) 第 号
腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(腹胃全) 第 号
薬剤投与用胃瘻造設術	(薬胃瘻) 第 号
バルーン閉塞下逆行性経靜脈的塞栓術	(バ経静脈) 第 号
胆管悪性腫瘍手術（胆頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	(胆腫) 第 号
体外衝撃波胆石破碎術	(胆) 第 号
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	(腹胆閉鎖) 第 号
腹腔鏡下肝切除術	(腹肝) 第 号
生体部分肝移植術	(生) 第 号
同種死体肝移植術	(肝植) 第 号
体外衝撃波脾石破碎術	(脾石破) 第 号
腹腔鏡下脾腫瘍摘出術	(腹脾腫瘍) 第 号
腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術	(腹脾切) 第 号
腹腔鏡下脾頭十二指腸切除術	(腹脾頭) 第 号
同種死体脾移植術、同種死体脾腎移植術	(脾植) 第 号
生体部分小腸移植術	(生小腸植) 第 号
同種死体小腸移植術	(小腸移植) 第 号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	(早大腸) 第 号

腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(腹直腸切支) 第 号
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	(腎) 第 号
腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	(腎凝固) 第 号
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	(腹腎支器) 第 号
同種死体腎移植術	(腎植) 第 号
生体腎移植術	(生腎) 第 号
膀胱水圧拡張術	(膀胱) 第 号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(腹膀胱悪支) 第 号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	(腹膀) 第 号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	(腹小膀悪) 第 号
尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(尿形性障) 第 号
尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(尿裂性障) 第 号
陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(陰形性障) 第 号
人工尿道括約筋植込・置換術	(人工尿) 第 号
陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(陰全性障) 第 号
精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(精摘性障) 第 号
焦点式高エネルギー超音波療法	(焦超) 第 号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(腹前) 第 号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	(腹前支器) 第 号
会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(会形性障) 第 号
造瘻術、腔閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(造腔閉性障) 第 号
腹腔鏡下仙骨膿固定術	(腹仙骨固) 第 号
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(子宮全性障) 第 号
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）	(腹腔子性障) 第 号
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	(腹腔子内支) 第 号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）	(腹子悪内支) 第 号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	(腹子) 第 号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	(腹子頸) 第 号
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	(子宮附性障) 第 号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	(内胎) 第 号
胎児胸腔・羊水腔シャント術	(胎羊) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1	(医手休) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算1	(医手外) 第 号

医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算1	(医手深) 第号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の休日加算1	(歯手休) 第号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の時間外加算1	(歯手外) 第号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の深夜加算1	(歯手深) 第号
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	(胃瘻造) 第号
輸血管理料I	(輸血I) 第号
輸血管理料II	(輸血II) 第号
輸血適正使用加算	(輸適) 第号
貯血式自己血輸血管理体制加算	(貯輸) 第号
コーディネート体制充実加算	(コ体充) 第号
自己生体組織接着剤作成術	(自生接) 第号
自己クリオプレシピテート作製術(用手法)	(自己ク) 第号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	(造設前) 第号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	(胃瘻造嚥) 第号
凍結保存同種組織加算	(凍保組) 第号
歯周組織再生誘導手術	(G T R) 第号
広範囲頸骨支持型装置埋入手術	(人工歯根) 第号
歯根端切除手術の注3	(根切顎微) 第号
麻酔管理料(I)	(麻管I) 第号
麻酔管理料(II)	(麻管II) 第号
放射線治療専任加算	(放専) 第号
外来放射線治療加算	(外放) 第号
遠隔放射線治療計画加算	(遠隔放) 第号
高エネルギー放射線治療	(高放) 第号
1回線量増加加算	(増線) 第号
強度変調放射線治療(I M R T)	(強度) 第号
画像誘導放射線治療(I G R T)	(画誘) 第号
体外照射呼吸性移動対策加算	(体対策) 第号
定位放射線治療	(直放) 第号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	(定対策) 第号
粒子線治療	(粒) 第号
粒子線治療適応判定加算	(粒適) 第号
粒子線治療医学管理加算	(粒医) 第号
画像誘導密封小線源治療加算	(誘密) 第号
保険医療機関間の連携による病理診断	(連携診) 第号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(連組織) 第号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(連細胞) 第号
病理診断管理加算1	(病理診1) 第号
病理診断管理加算2	(病理診2) 第号

デジタル病理画像による病理診断	(デ病診) 第号
悪性腫瘍病理組織標本加算	(悪病組) 第号
口腔病理診断管理加算1	(口病診1) 第号
口腔病理診断管理加算2	(口病診2) 第号
クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管) 第号
歯科矯正診断料	(矯診) 第号
顎口腔機能診断料(顎変形症(顎離断等の手術を必要とするものに限る。)の手術前後における歯科矯正に係るもの)	(顎診) 第号
調剤基本料1	(調基1) 第号
調剤基本料2	(調基2) 第号
調剤基本料3イ	(調基3イ) 第号
調剤基本料3ロ	(調基3ロ) 第号
調剤基本料1(注1のただし書に該当する場合)	(調基特1) 第号
地域支援体制加算	(地支体) 第号
後発医薬品調剤体制加算1	(後発調1) 第号
後発医薬品調剤体制加算2	(後発調2) 第号
後発医薬品調剤体制加算3	(後発調3) 第号
保険薬局の無菌製剤処理加算	(薬菌) 第号
在宅患者調剤加算	(在調) 第号
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	(か薬) 第号

7 次の(1)から(7)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

- (1) 持続血糖測定器加算、皮下連続式グルコース測定
- (2) 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
- (3) センチネルリンパ節生検(併用)、乳がんセンチネルリンパ節加算1
- (4) センチネルリンパ節生検(単独)、乳がんセンチネルリンパ節加算2
- (5) 人工膵臓検査、人工膵臓療法
- (6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト
- (7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

8 4に定めるもののほか、各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日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開院日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成30年4月16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

9 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（I）、歯科矯正診断料並びに顆口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、CT撮影及びMR I撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開院日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。
- 2 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期すること。
- 3 特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとすること。
- 4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、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を行うものであること。
- 5 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとすること。
- 6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をすること。

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成30年3月31日において現に表1及び表2に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定して

いる保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成30年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に掲げる腎代替療法実績加算
乳腺炎重症化予防ケア・指導料
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算
療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算
ハイリスク妊娠婦連携指導料1
ハイリスク妊娠婦連携指導料2
退院時共同指導料1の1に掲げる在宅療養支援歯科診療所1
在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
在宅経肛門の自己洗腸指導管理料
画像診断管理加算3
骨髓微小残存病変量測定
有床義歯咀嚼機能検査2のイ
有床義歯咀嚼機能検査2のロ
咬合圧検査
精密触覚機能検査
抗H LA抗体（スクリーニング検査）及び抗H LA抗体（抗体特異性同定検査）
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I撮影）の注7に掲げる小児鎮静下MR I撮影加算
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I撮影）の注8に掲げる頭部MR I撮影加算
処方料の注9に掲げる外来後発医薬品使用体制加算3
口腔粘膜処置
口腔粘膜血管腫凝固術
人工腎臓
導入期加算1
導入期加算2
透析液水質確保加算
慢性維持透析濾過加算
レーザー機器加算
皮膚移植術（死体）
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレン挿入術）

人工中耳植込術
 喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）
 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MR Iによるもの）
 乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）
 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 胸腔鏡下弁置換術
 経皮的僧帽弁クリップ術
 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）
 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 薬剤投与用胃瘻造設術
 胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
 パルーン閉塞下逆行性経靜脈的塞栓術
 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
 腹腔鏡下脾腫瘍摘出術
 生体部分小腸移植術
 同種死体小腸移植術
 小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
 結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
 腹腔鏡下直腸切除・切斷術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腎（腎孟）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
 尿管瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）
 膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
 尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 膀胱瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

造瘻術、腔閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）
 （性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合又は内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）
 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）
 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）
 コーディネート体制充実加算
 放射線治療管理料の注4に掲げる遠隔放射線治療計画加算
 体外照射の注6に掲げる1回線量増加加算
 デジタル病理画像による病理診断
 悪性腫瘍病理組織標本加算
 基本調剤料3のイ
 基本調剤料3のロ
 基本調剤料の注4に掲げる地域支援体制加算
 基本調剤料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算3

表2 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

地域包括診療料1
 歯科疾患管理料の注10に掲げるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
 退院時共同指導料1の1に掲げる在宅療養支援歯科診療所2
 外来後発医薬品使用体制加算1
 外来後発医薬品使用体制加算2
 調剤基本料2

表3 施設基準等の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していいた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

がん患者指導管理料1	→ がん患者指導管理料イ
がん患者指導管理料2	→ がん患者指導管理料ロ
がん患者指導管理料3	→ がん患者指導管理料ハ
腎不全期患者指導管理料	→ 高度腎機能障害患者指導加算
歯科治療総合医療管理料(I)	→ 歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算
地域包括診療料	→ 地域包括診療料2

歯科治療総合医療管理料(II)	→ 歯科治療時医療管理料
在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)	→ 歯科疾患在宅療養管理料の注4に掲げる在宅総合医療管理加算
在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)	→ 在宅患者歯科治療時医療管理料
有床義歯咀嚼機能検査	→ 有床義歯咀嚼機能検査1のイ、有床義歯咀嚼機能検査1のロ
精神科重症患者早期集中支援管理料	→ 精神科在宅患者支援管理料
悪性腫瘍センチネルリンパ節加算	→ センチネルリンパ節加算
乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術）（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）	→ 乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術）（腋窩郭清を伴わないもの）及び 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	→ 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	→ 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

特掲診療料の施設基準等

(略)

第88 調剤基本料

1 調剤基本料の施設基準

(1) 処方箋の受付回数

- 処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に敷えない処方箋は以下のとおりとする。
- ア 「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は「注5」の夜間・休日等加算を算定した処方箋
- イ 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋
- ウ 介護保険法に基づく指定住宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの(2)又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）別表の「5」の介護予防居宅療養管理指導費のハの(2)の基となる調剤に係る処方箋
- (2) 処方箋の受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数が、調剤基本料の施設基準に該当するか否かの取扱いについては、処方箋受付回数の合計が、調剤基本料の施設基準で定められている回数に、受付回数を計算した月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定する。
- (3) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。
- (4) (3)の計算に当たり、同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。）の勤務者（常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。）及びその家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて計算する。
- (5) 「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している場合」とは、保険薬局と複数の保険医療機関が一つの建物に所在している場合をいう。外観上分離されおらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった建物の主要な構造部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続しているものは一つの建物とみなす。

- 1 -

- 2 -

開を支配していないことが明らかであると認められる場合は、この限りでないこと。

- (8) 同一グループ内の処方箋受付回数が1月に4万回又は40万回を超えるか否かの取扱いは、当年2月末日時点で(6)に規定する同一グループ内の保険薬局について、保険薬局ごとの1月当たりの処方箋受付回数を合算した値が4万回又は40万回を超えるか否かで判定する。保険薬局ごとの1月当たりの処方箋の受付回数は以下のとおりとする。
- ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局の場合は、前年3月1日から当年2月末日までに受け付けた処方箋受付回数を12で除した値とする。
- イ 前年3月1日から当年1月末日までに新規指定された保険薬局の場合は、指定された日の属する月の翌月から、当年2月末日までに受け付けた処方箋受付回数を月数で除した値とする。
- ウ 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週及指定が認められる場合は、イの記載にかかるわざ、当該週及指定前の実績に基づいて取り扱う。
- (9) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局に関して、ここでいう不動産とは、土地及び建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。また、ここでいう賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合を含むものである。

なお、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、(6)ア①から④までに定める者であるか否かにかかるわざ、次のものを指すものである。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地及び建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ 保険医療機関が保険薬局の事業者（当該保険薬局の事業者の最終親会社等、(6)ア①から④までに定める者を含む。）から土地又は建物を賃借している場合において、当該保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

2 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。なお、届出に当たり、特定の保険医療機関との間で、不動産又は会議室その他の当該保険薬局が所有する設備に関して、特別の契約を締結している場合には、当該契約書等の写しを添付すること。

第89 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

1 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

- (1) 対象となるのは、基本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日保健医0305第2号）の別添3の別紙2に所在する保険薬局であること。
- (2) 「特定の区域内」とは、原則として、学校教育法施行令（昭和28年政令第340号）第5条第2項に基づき、就学すべき中学校の指定をする際の判断基準として、市（特別区を含む。）

(6) 同一グループは次の基準により判断する。

ア 同一グループの保険薬局とは、次に掲げる者の全ての保険薬局とする。

- ① 保険薬局の事業者の最終親会社等
- ② 保険薬局の事業者の最終親会社等の子会社等
- ③ 保険薬局の事業者の最終親会社等の関連会社等
- ④ ①から③までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

イ アの保険薬局の事業者の最終親会社等は、保険薬局の事業者を子会社等とする者のうち、親会社等がない法人又は個人（以下「法人等」という。）をいう（力において同じ。）。ウ イの親会社等は、次に掲げる者とする。

- ① 他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）の議決権の過半数を自己の計算において所有している法人等
- ② 他の法人（持分会社（会社法（平成17年法律第86号）第575条第1項に規定する持分会社をいう。以下同じ。）その他これに準じる形態の法人に限る。）の資本の過半数を出資している法人等

③ 他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に掲げる者と同等以上の支配力を有すると認められる法人等

エ ア及びイの子会社等は、次に掲げる者とする。この場合において、法人等の子会社等が次に掲げる者を有する場合における当該者は、当該法人等の子会社等とみなす。（法人等及びその子会社等が共同で次に掲げる者を有する場合における当該者を含む。）

- ① 法人等が議決権の過半数を所有している他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）
- ② 法人等が資本の過半数を出資している他の法人（持分会社その他これに準じる形態の法人に限る。）
- ③ 法人等が、他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に規定する法人等と同等以上の支配力を有すると認められる場合における当該他の法人

オ ア③の関連会社等とは、法人等及びその子会社等が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社等以外の他の法人の財務及び営業又は事業の方針の決定に対して重要な影響を与えることができる場合（財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和38年大蔵省令第59号）第8条第6項に規定する場合をいう。）における当該子会社等以外の他の法人をいう。

カ 保険薬局の事業者の最終親会社等が連結財務諸表提出会社（連結財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和51年大蔵省令第28号）第2条第1号に規定する連結財務諸表提出会社をいう。）である場合には、当該最終親会社の連結子会社（同条第4号に規定する連結子会社をいう。）をア②に掲げる者とみなし、当該最終親会社等の関連会社（同条第7号に規定する関連会社をいう。）をア③に掲げる者とみなす。

- (7) (6)ウ③及びエ③における「同等以上の支配力を有すると認められる」とは、例え、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則第8条第4項第2号及び第3号に規定する要件に該当する場合等、他の法人の意思決定機関を支配している場合等が該当するものであること。ただし、財務上又は営業上若しくは事業上の関係からみて他の法人等の意思決定機

町村の教育委員会があらかじめ設定した区域（以下「中学校区」という。）とする。ただし、当該保険薬局の所在する中学校区外に所在する保険医療機関であっても、当該保険薬局における当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が70%を超える場合には、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとみなす。

- (3) 「特定の区域内の保険医療機関」の数には、歯科医療のみを担当する保険医療機関を含めず、医科併設の保険医療機関は含める。

(4) 処方箋の受付回数が1月に2,500回を超えるか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

2 届出に関する事項

- (1) 施設基準に係る届出は、別添2の様式87の2を用いること。

(2) 当該保険薬局が所在する中学校区について、当該区域の地名がわかる資料を添付すること。

第90 調剤基本料の注2に定める保険薬局

- 1 調剤基本料の注2に定める保険薬局は、(1)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%を超えるもの又は(2)に該当するものであること。(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」として、次のアからエまでにいずれかに該当すること。

ア 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合（当該保険医療機関が所有する不動産と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（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を利用して開局している場合

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場合

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場合

- (2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3のロのいずれかに適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。

- 2 1の(1)のアの「不動産の賃貸借取引関係」については、「第88調剤基本料」の「1調剤基本料の施設基準」の(9)に準じて取り扱う。

- 3 1の(1)のイは、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るわざ適用する。

4 1の(1)のウは、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。

- 5 1の(1)のエは、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。

6 1の(1)のエは、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週及指定が認められる場合についても適用する。

第91 調剤基本料の注3に規定する保険薬局

1 保険薬局と卸売販売業者との価格交渉においては、「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」について（平成30年1月23日医政発0123第9号、保険0123第3号）に基づき、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、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から定めているものであり、「妥結率」、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」については以下のとおりとする。

- (1) 「妥結率」の報告における妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の週条項により、取引価格が遅延し変更することが可能な場合には未妥結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未決定の場合は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率=卸売販売業者（医薬品医療機器等法第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額

- (2) 「単品単価契約率」における単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。

※ 単品単価契約率の計算については、下記のとおりとする。

単品単価契約率=単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

- (3) 「一律値引き契約に係る状況」における一律値引き契約とは、「卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約」をいう。この場合、一定割合以上とは、以下の計算により得られた割合が5割以上であることとし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。

また、一律値引き契約に係る状況については、一律値引き契約の該当の有無及び該当有りとした場合にあっては、取引卸売販売業者ごとの当該契約における値引き率（薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。）を報告すること。

※ 一律値引き契約における割合の計算については、下記のとおりとする。

総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

- 2 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、別添2の様式85により、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、11月末日までの報告に基づく調剤基本料は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで適用する。

- 5 -

3 単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告については、平成31年4月から適用することとし、平成31年4月までの間は、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告がないことをもって調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることはないこととするところから、平成30年4月以降、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告すること。

- 4 薬剤師の「かかりつけ機能に係る基本的な業務」は、「区分番号01」の「注4」（時間外等加算）及び「注5」（夜間・休日等加算）に規定する加算、「区分番号10」の「注3」（麻薬管理指導加算）、「注4」（重複投薬・相互作用等防止加算）に規定する加算、「区分番号13の2」の「かかりつけ薬剤師指導料」、「区分番号13の3」の「かかりつけ薬剤師包括管理料」、「区分番号14の2」の「外来服薬支援料」、「区分番号14の3」の「服用薬剤調整支援料」、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料、「区分番号15の4」の退院時共同指導料、「区分番号15の5」の「服薬情報等提供料」、「区分番号15の6」の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、居宅療養管理指導費並びに介護予防居宅療養管理指導費を算定するに際して実施する業務をいう。

- 5 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保険薬局は、前年3月1日から当年2月末日までに4に掲げる業務の算定が合計10回未満の保険薬局が該当し、当該保険薬局は、当年4月1日より翌年3月末日まで区分番号00の調剤基本料の注3で定める点数で算定する。

- 6 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保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師の「かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

- 7 処方箋の受付回数が1年間に600回を超えるか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算の施設基準

- (1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 調剤基本料1を算定する薬局の場合

(イ) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行なうことができる。

(ロ) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定実績を有していること。

(ハ) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して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に係る届出を行っていること。

イ 調剤基本料1以外を算定する薬局の場合

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として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に、以下の（イ）から（チ）までの全ての実

- 6 -

績を有すること。

(イ) 「区分番号01」の「注4」（時間外等加算）又は「注5」（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。

(ロ) 「区分番号10」の「注3」、「区分番号13の2」の「注2」、「区分番号15」の「注2」、「区分番号15の2」の「注2」、「区分番号15の3」の「注2」、居宅療養管理指導費の「注2」又は介護予防居宅療養管理指導費の「注2」（麻薬管理指導加算）に規定する加算の算定回数（「区分番号13の3」の「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。）が合算して計10回以上である。

(ハ) 「区分番号10」の「注4」若しくは「区分番号13の2」の「注3」（重複投薬・相互作用等防止加算）に規定する加算又は「区分番号15の6」の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数（「区分番号13の3」の「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。）が合算して計40回以上である。

(ニ) 「区分番号14の2」の「外来服薬支援料の算定回数（「区分番号13の3」の「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。）が12回以上である。

(ヘ) 「区分番号14の3」の「服用薬剤調整支援料の算定回数（「区分番号13の3」の「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。）が1回以上である。

(ト) 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の3」の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單一建物診療患者が1人の場合の算定回数が合算して計12回以上である。

(チ) 「区分番号15の5」の「服薬情報等提供料の算定回数（「区分番号13の2」の「かかりつけ薬剤師指導料又は「区分番号13の3」の「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。）が60回以上である。

(リ) (イ)から(チ)までに示した「区分番号13の2」の「かかりつけ薬剤師指導料又は「区分番号13の3」の「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、相当する業務を実施した場合を合計する場合には、薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが確実に週及できるものでなければならぬこと。

(ヌ) (1)における常勤薬剤師数は、届出前3月間の勤務状況に基づき、以下の①及び②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)から(チ)までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、常勤薬剤師数を(イ)から(チ)までの各基準に乗じて得た回数以上であるか否かで判定する。

① 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。

② 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。

(2) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。

- (3) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患者の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）が提供できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者からの求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。ただし、連携薬局の数は、当該保険薬局を含めて最大で3つまでとする。

- (4) 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により24時間調剤ができる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

また、これら連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

- (5) 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。

- (6) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入することとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に閉じ必要な指導を行っていること。

- (7) 当該保険薬局の開局時間は、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時間以上開局していること。

- (8) 当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験があること。

イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。

- (9) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行なう旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があつた場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師は在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行なう情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行なう薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。

- (10) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るために、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療

- 7 -

- 52 -

- 8 -

保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

(11) 薬局内にコンピューターを設置するとともに、医薬品医療機器情報配信サービス（PMD Aメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性連報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。

(12) 次に掲げる情報（当該保険薬局において調剤された医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。

ア 一般名

イ 効能

ウ 規格

エ 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

オ 緊急安全性情報、安全性連報

カ 医薬品・医療機器等安全性情報

キ 医薬品・医療機器等の回収情報

(13) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

(14) 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。

(15) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談についても応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行なうといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。

(16) 健康相談又は健康教室を行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、周知していること。

(17) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。

また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合意に委ねるものとする。

(18) 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患者の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により隨時提供していること。

(19) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

(20) 薬局機能情報提供制度実施要領（平成 19 年 3 月 26 日付け薬食第 0326026 号厚生労働省

医薬品局通知別添）4（2）①の都道府県が定める期日の前年 1 年間（1 月 1 日から 1 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、「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成 19 年 3 月 26 日付け薬食総発第 0326001 号）に基づき、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。

(21) 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。

(22) 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。

(23) 上記（22）の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% を超えるか否かの取扱いについては、「第 88 調剤基本料」の「1 調剤基本料の施設基準」の（3）に準じて行う。

(24) 施設基準に適合するとの届出をした後は、（1）のアの（ロ）及び（1）のイについて、前年 3 月 1 日から当年 2 月末までの実績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 月末まで所定点数を算定できるものとする。この場合の常勤薬剤師数は、前年 12 月 1 日から当年 2 月末までの勤務状況に基づき算出する。

(25) （1）のイの（ロ）については、平成 30 年 9 月 30 日までの間は、常勤薬剤師 1 人当たり合算して計 1 回以上の実績がある場合、（1）のイの（ヘ）については平成 30 年 9 月 30 日までの間、（20）については平成 31 年 3 月 31 日までの間、（21）については平成 30 年 9 月 30 日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。

2 届出に関する事項

(1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 87 の 3 及び必要に応じ様式 87 の 3 の 2 を用いること。

(2) 当該従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

第 93 後発医薬品調剤体制加算

1 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準

(1) 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、当該薬剤を合算した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 75% 以上であること。

(2) 当該保険薬局において調剤した薬剤（4 に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50% 以上であること。

(3) 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示するとともに、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の内側の見やすい場所に掲示していること。

- 10 -

2 後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準

(1) 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、当該薬剤を合算した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 80% 以上であること。

(2) 1 の（2）及び（3）の基準を満たすこと。

3 後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準

(1) 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、当該薬剤を合算した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 85% 以上であること。

(2) 1 の（2）及び（3）の基準を満たすこと。

4 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

（1）経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタール P 乳幼児用配合内用剤、エンシア・リキッド、エンシア・H、ツインライン N F 配合経腸用液、ラコール N F 配合経腸用液、エネーポ配合経腸用液及びラコール N F 配合経腸用半固形剤

（2）特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

（3）生薬（葉効分類番号 510）

（4）漢方製剤（葉効分類番号 520）

（5）他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（葉効分類番号 590）

5 届出に関する事項

後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 87 を用いること。

（1） 2 名以上の保険薬剤師（常勤の保険薬剤師は 1 名以上）がいること。

（2） 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

ただし、医薬品・医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和 36 年厚生省令第 1 号）第 11 条の 8 第 1 項のただし書の規定に基づき無菌製剤室（薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。以下同じ。）を共同利用する場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

(1) 保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 88 を用いること。

(2) 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

(3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

第 94 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 以下のいずれかに該当する保険薬局であること。ただし、処方箋受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局は除くものとする。

(1) 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、当該薬剤を合算した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 20% 以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

(2) 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、当該薬剤を合算した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について、毎年 7 月 1 日現在で届出書の記載事項について行う報告等を通じ、直近 1 年間に地方厚生（支）局长への報告していないこと。2 「当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないもの」とは、直近 1 月間の当該保険薬局における処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更不可の記載がある処方箋の受付回数が 50% 以上の場合のことをいう。この場合の処方箋受付回数は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

1 在宅患者調剤加算

1 在宅患者調剤加算に関する施設基準

(1) 地方厚生（支）局长に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。

(2) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近 1 年間に在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導料の算定回数が、合算して計 10 回以上であること。

(3) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制については、サポート薬局の薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。

(4) 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地城の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

(5) 当該保険薬局において、在宅業務従事者の資質の向上を図るために、研修実施計画を作成し、当該薬剤師会に基づき研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

(6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。

また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合意に委ねるものとする。

(7) 麻薬及び向精神薬取締法第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行なうことができること。

(8) 施設基準に適合するとの届出をした後は、（2）については、前年 3 月 1 日から当年 2 月末

- 11 -

- 53 -

- 12 -

日までの実績により判定し、当年の4月1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

2 届出に関する事項

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式89を用いること。

出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

第97 薬剤服用歴管理指導料の注9に規定する保険薬局

- 1 「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」とは、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であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 2 手帳の活用実績は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年3月1日から当年2月末までの薬剤服用歴管理指導料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。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。
- 3 1及び2により、「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」に該当した場合であっても、直近3月間における1の割合が50%を上回った場合には、2にかかわらず、その時点で「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」に該当しないものとする。
- 4 本規定の取扱いは、1年間の経過措置を設けており、平成30年4月1日から平成31年2月末日までの手帳の活用実績をもって、平成31年4月1日から適用する。
- 5 本規定の報告については、別添2の様式84を用いること。

第98 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

- 1 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に関する施設基準

以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。

- (1) 以下に掲げる勤務経験等を有していること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験がある。
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、保険薬剤師について育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の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。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍している。

- (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

2 届出に関する事項

- (1) 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係る届出は、別添2の様式90を用いること。
- (2) (1)のウについては、平成30年9月30までの間は、なお従前の例によることができる。
- (3) 当該従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤の別)及び勤務時間を別添2の様式4を提

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード
又は保険薬局コード

届出番号

連絡先

担当者氏名：

電話番号：

(届出事項)

[] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

殿

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

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
88	調剤基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87の2
92	地域支援体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87の3, 87の3の2, 4
93	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87
95	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88, 4
96	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89
98	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90, 4

※様式2, 6, 16, 65, 68, 72, 84の2, 86は欠番

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	() 調剤基本料 1
	() 調剤基本料 2
	() 調剤基本料 3-イ
	() 調剤基本料 3-ロ
	() 特別調剤基本料(「区分番号0」の「注2」)
2 届出の区分(該当する項目の□に「レ」を記入する)	
<input type="checkbox"/> 新規指定に伴う新規届出(選択指定が認められる場合を除く)	
指定日(年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 新規指定に伴う届出(選択指定が認められる場合)	
<input type="checkbox"/> 調剤基本料の区分変更に伴う届出	
<input type="checkbox"/> その他()	
3 病院との不動産取引があることその他の特別な関係の有無 (特別な関係を有する病院名:)	
ア 病院との不動産の賃貸借取引	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
イ 病院が譲り渡した不動産の利用	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
ウ 保険薬局が所有する設備の貸与	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
エ 病院による閉院時期の指定	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
4 所属するグループ名とグループ内の1月当たりの処方箋受付回数の合計	所属するグループ名()
	1月当たりの処方箋受付回数の合計(①) () 回
	5 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無(いずれかに「レ」を記入)
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
6 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るもの受付回数及びその割合 期間: 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間②)	
ア 全処方箋受付回数(③) イ アのうち、主たる医療機関に係る処方箋受付回数(④) ウ 主たる保険医療機関名 エ 集中率(④/③)(%) (⑤) % オ 当該保険薬局と同一建物内にある保険医療機関数(⑥) 施設	
カ ⑥に該当する保険医療機関の処方箋受付回数の合計(⑦) 回	

キ 同一グループに属する他の保険薬局で、主たる保険医療機関が同一の保険薬局数(⑧)	施設
ク 8に回答する保険薬局における主たる保険医療機関に係る処方箋受付回数の合計(⑨)	回
ケ ④と⑨を合計した処方箋受付回数(⑩)	回
7 調剤基本料の注1ただし書きへの該当の有無 (医療資源の少ない地域に所在する保険薬局)	<input type="checkbox"/> あり (様式 87の2の添付必要) <input type="checkbox"/> なし

(参考) 調剤基本料の注3の減算への該当性

8 前年4月1日から9月末日までの妥結率(⑪)	%
9 妥結率、単品単価契約率及び一律引き契約に係る状況等の報告の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
10 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を行っていない薬局への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
11 調剤基本料の注3の減算への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

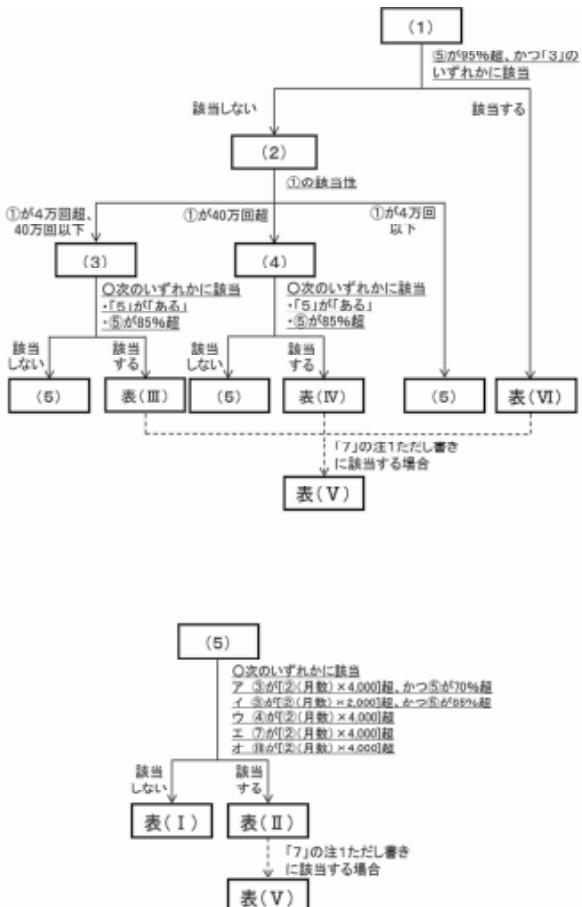
(参考) 調剤基本料の注6の減算への該当性(③が[(②)月数×600]を超える場合のみ記載)

12 後発医薬品調剤割合が20%以下である(処方箋受付状況を踏まえやむを得ない場合を除く)への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
13 後発医薬品調剤割合に係る報告の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
14 調剤基本料の注6の減算への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

(参考) 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当性

15 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-------------------------	--

※調剤基本料の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。



[添付の必要がある資料]

「3」の特別な関係にある病院名と「6」の主たる保険医療機関名が同一であり、(5)が95%を超える保険薬局については、以下の資料を添付する。

- 1 保険薬局が利用している不動産の登記簿の写し。
- 2 保険薬局が、保険医療機関と不動産取引、保険薬局の設備の貸与その他の契約を締結している場合には、当該契約書の写し（保険医療機関の公募要項が存在する場合は当該公募要項を含む。）等の当該契約内容が分かる資料。
- 3 保険薬局が、病院に会議室等の設備を貸与している場合には、その貸与に係る状況が分かる資料。

[記載上の注意]

- 1 「2」については、新規指定（遅延指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、平成30年度改定に伴う届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成30年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、病院である保険医療機関所有の不動産については、不動産登記簿の記載により、次のとおり判断する。その他については、特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続の取扱いについて（平成30年3月5日保医発030号第3号以下、「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1第90の（2）から（6）までにより判断する。
 - ア 病院である保険医療機関が所有する不動産を利用して開局している場合には、「病院と不動産の賃貸借」を「あり」とする。
 - イ 平成28年10月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保険薬局においては、「病院が譲り渡した不動産を利用して開局」を「あり」とする。
- 5 「4」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③／②の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載する。
- 6 「5」については、特掲診療料施設基準通知の別添1第88の（1）により判断する。
- 7 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
 - イ 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又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る处方箋
 - ウ 居宅療養管理指導料又は介護予防居宅療養管理指導料の基となる調剤に係る処方箋
- 8 「6」について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、（7）については、（4）を含めて記載する。
- 9 「7」については、注1ただし書きに該当する保険薬局の場合においては、「あり」に「レ」を記入する。また、様式87の2を添付する。
- 10 「8」については、前年11月末までの地方厚生（支）局長への報告を記載する。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載する。
- 11 「9」については、前年11月末までの地方厚生（支）局長への報告の有無を記載する。ただし、平成31年3月31日までの間は空欄で差し支えない。
- 12 「11」については、「8」が50%以下又は「9」若しくは「10」のいずれかが「あり」の場合に「あり」とする。
- 13 「12」については、特掲診療料施設基準通知の第3の4に規定する毎年7月1日現在での届出書の記載事項についての報告と併せて後発医薬品調剤割合を報告している場合に「あり」とする。
- 14 「15」について、該当する保険薬局又は直近3ヶ月間の薬剤服用歴管理指導料の実績により該当しなくなった保険薬局は、当該保険薬局における6月以内に再度処方箋を持参した患者における手帳の持参割合に係る資料を添付すること。

(1) (5)が95%を超、「3」のいずれかひとつに「レ」が記入されている → 表中(VI)へ

該当しない → (2)へ

(2) (1)が4万回を超え、40万回以下の場合 → (3)へ

(1)が40万回を超える → (4)へ

該当しない → (5)へ

(3) 次のいずれかに該当する → 表中(III)へ

ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている

イ (5)が85%を超える

該当しない → (5)へ

(4) 次のいずれかに該当する → 表中(IV)へ

ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている

イ (5)が85%を超える

該当しない → (5)へ

(5) 次のいずれかに該当する → 表中(II)へ

ア (3)が【(2)(月数) × 4,000】を超えており、かつ、(5)が70%を超える

イ (3)が【(2)(月数) × 2,000】を超えており、かつ、(5)が85%を超える

ウ (4)が【(2)(月数) × 4,000】を超えており

エ (7)が【(2)(月数) × 4,000】を超えており

オ (10)が【(2)(月数) × 4,000】を超えており

該当しない → 表中(I)へ

(6) 表中(II)～(IV)又は(VI)に該当した場合で「7」の注1ただし書きに該当する → 表中(V)へ

(I)	調剤基本料1
(II)	調剤基本料2
(III)	調剤基本料3－イ
(IV)	調剤基本料3－ロ
(V)	調剤基本料1（注1ただし書き）
(VI)	特別調剤基本料

様式85

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1. 妥結率

当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額 (①)	円
卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)	円
妥結率	%

(②／①) %

2. 単品単価契約率

卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)の再掲	円
単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (③)	円
単品単価契約率	%

(③／②) %

3. 一律値引き契約の状況

(1) 一律値引き契約の該当の有無

□ 有	□ 無
-----	-----

(2) (1) で有とした場合、当該契約における値引き率を取引卸販売業者ごとに報告すること。

取引卸販売業者名	値引き率（税込み）
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%

〔記載上の注意〕

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。
- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 4 単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。
- 5 一律値引き契約とは、卸販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総額で交渉し、総額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。この場合、一定割合以上としては、5割以上とし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。
- 6 値引き率とは、薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。記載にあたっては小数点以下第2位を切り捨てて計算すること。
- 7 1.から3.までの報告については、報告年度の当年4月1日から9月30日の実績を報告年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることに留意すること。
- 8 同一グループ内の保険薬局の処方箋受付回数の合計が1月に4万回を超えると判断されるグループに属する保険薬局については、保険薬局と卸販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥協率の根拠となる資料を添付すること。

割合 (②/①) (%)	
	%

〔記載上の注意〕

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について（平成30年3月5日保医発0305第●号）を参照すること。
- 3 「調剤基本料の「注6」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性」については、処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局であり、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局が、調剤基本料の「注6」への該当性を地方厚生（支）局長へ報告すること。

「後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出書添付書類」と「調剤基本料の「注6」に係る報告書」

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 (いずれかに○を付す)	() 後発医薬品調剤体制加算1 (カットオフ値50%以上かつ新指標75%以上)
	() 後発医薬品調剤体制加算2 (カットオフ値50%以上かつ新指標80%以上)
	() 後発医薬品調剤体制加算3 (カットオフ値50%以上かつ新指標85%以上)
調剤基本料の「注6」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性 (該当する場合に○を付す)	() 該当しない（新指標20%超） () 該当する（新指標20%以下） → () 処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないものに該当

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合					
期 間 (届出時の直近3か月間：1か月ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 (直近3か月間の合計)	
全医薬品の規格単位数量 (①)					
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 (②)					
後発医薬品の規格単位数量 (③)					
カットオフ値の割合 (②/①) (%)					
新指標の割合 (③/②) (%)					

以下は、新指標の割合が20%以下で、「処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないもの」に該当する場合のみ記載する。なお、下記に基づき算出した割合（小数点以下四捨五入）が50%以上である場合が該当するものである。

判定に用いた年月：年 月	直近1か月間における処方箋受付回数 (①)	回
直近1か月間における先発品変更不可のある処方箋の受付回数 (②)	回	

様式 87 の 3

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	() 調剤基本料 1
	() 調剤基本料 2
	() 調剤基本料 3-イ
	() 調剤基本料 3-ロ
	() 特別調剤基本料（「区分番号00」の「注2」）

(調剤基本料1を算定する保険薬局のみ記載する事項)

2 麻薬小売業者免許証の番号	
3 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間）	
期間：年 月～年 月	
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数：回	

(在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）
算定回数：回
居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）
算定回数：回)

4 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に係る届出	口あり
-----------------------------------	-----

(届出を行う全ての保険薬局が記載する事項)

5 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況	
6 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況	
7 閉局時間	
8 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	
9 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
10 備蓄品目数	品目
11 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るもの回数及びその割合	
期間：年 月～年 月	
・受付回数 (①)	回
・主たる医療機関の処方箋受付回数 (②)	回
・集中率 (②/①) (%)	%
12 後発医薬品の調剤割合	%

13 管理薬剤師		
・氏名		
・薬局勤務経験年数	年	
・週あたりの勤務時間	時間	
・在籍年数	年	
14 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局		
①	②	
・名称		
・所在地		
15 当該薬局における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。)		
(1) 担当者が固定している場合		
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合 (主な担当者を記載することで差し支えない。)		
・担当薬剤師名 :		
・連絡先 :		
16 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況		
17 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法		
18 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制について		
19 プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無		□あり

[記載上の注意]

- 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙 4 の様式 4 を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの 1 つに○を付し、様式 84 の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。また、調剤基本料 1 以外の薬局については、様式 87 の 3 の 2 についても記載し添付すること。
- 「5」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 「6」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 「7」については、自局の開局時間を記載すること。
- 「8」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 「10」については、品目リストを別に添付すること。
- 「11」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号 0 0 に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 「12」については、調剤報酬点数表の区分番号 0 0 に掲げる調剤基本料の注 5 に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 「13」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の 1 週間あたりの平均勤務時間を記載すること。
- 「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務はじめから、届出時までの当該薬剤師の在

様式 87 の 3 の 2

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険薬局の常勤薬剤師数		
週 32 時間以上勤務する保険薬剤師数 (①)	人	
週 32 時間に満たない保険薬剤師の常勤換算数 (②)	人	
常勤換算した保険薬剤師数 (①+②)	人	
2 各基準の算定回数 (1 年間)		
期間： 年 月 ~ 年 月		
基準 (薬剤師一人当たり)	各基準に常勤換算した保険薬剤師数を乗じて得た回数	保険薬局における実績の合計
(1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算 (400 回／人)	回	回
(2) 麻薬管理指導加算 (10 回／人)	回	回
(3) 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 (40 回／人)	回	回
(4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料 (40 回／人)	回	回
(5) 外来服薬支援料 (12 回／人)	回	回
(6) 服用薬剤調整支援料 (1 回／人)	回	回
(7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の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、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導料 (12 回／人)	回	回
(8) 服薬情報等提供料 (60 回／人)	回	回

[記載上の注意]

- 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の様態（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添 2 の様式 4 を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 「1」の、「常勤薬剤師数」は届出前 3 月間の勤務状況に基づき、以下により算出する。
・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。
・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は、以下により算出する。

当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計 (時間 / 3 月)
32 (時間/週) × 13 (週 / 3 月)

- 「1」の、②の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。
- 「2」の合算算定回数欄には当該保険薬局が「2」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。
- 「2」の各基準の範囲は以下のとおり。
(1) ①時間外等加算 : 「区分番号 01」の「注 4」
②夜間・休日等加算 : 「区分番号 01」の「注 5」
(2) 麻薬管理指導加算 : 「区分番号 10」の「注 3」、「区分番号 13 の 2」の「注 2」、「区分番号 15」の「注 2」、「区分番号 15 の 2」の「注 2」、「区分番号 15 の 3」の「注 2」、

籍期間を記載すること。

- 「16」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 「17」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 調剤基本料 1 を算定する保険薬局は様式 90 の「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係る届出書添付書類」の写しを添付すること。
- 「18」については、当該手順書の写しを添付すること。なお、平成 30 年 9 月 30 日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 「19」については、薬局機能情報提供制度における「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」について記載し、薬局機能情報提供制度における当該保険薬局に係る掲載内容の写し及び取組実績があることを確認できる資料の写しを添付すること。なお、平成 31 年 3 月 31 日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 当該届出の変更を行際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

16 当該届出の変更を行際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師	常勤	名	非常勤	名
1 無菌処理施設・設備				
1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット (番号に○をつけること)				
形式・規格				
空気清浄度、集塵効率等				
台数等				
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧				
2 無菌調剤室提供薬局の名称・所在地				

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
2 在宅業務実施体制に係る周知の状況
3 在宅業務に必要な体制の整備状況
4 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況
5 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況(届出時の直近一年間) 期間： 年月～年月
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数： 回 (実施患者数：)
在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険) 算定回数： 回 (実施患者数：)
居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導料(介護保険) 算定回数： 回 (実施患者数：)
6 麻薬小売業者免許証の番号

〔記載上の注意〕

- 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従・専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 「1」については、当該薬局の無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネットを使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。当該届出に係る施設・設備の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。
- 「2」については、他の薬局の無菌調剤室を使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。無菌調剤室提供薬局を利用して無菌製剤処理を行う場合は、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成24年8月22日薬食発0822第2号）に「記」の「第2」の（1）に基づく契約書等の写しを添付すること。

〔記載上の注意〕

- 「1」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 「2」については、在宅業務実施体制に係る周知の名称、及びその周知方法等を記載すること。
- 「3」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 「4」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 「5」の算定回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導料を合算して計10回以上であること。

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係る届出書添付書類

薬剤師の氏名等(□には、「レ」を記入し、必要な書類を添付すること。)						
業務を実施する薬剤師の氏名	薬局勤務経験年数	短時間勤務	週当たりの勤務時間及び日数	在籍期間	研修	地域活動
1	年	□該当 □非該当	時間/週日/週	年月	□	□
2	年	□該当 □非該当	時間/週日/週	年月	□	□
3	年	□該当 □非該当	時間/週日/週	年月	□	□
4	年	□該当 □非該当	時間/週日/週	年月	□	□
5	年	□該当 □非該当	時間/週日/週	年月	□	□

〔記載上の注意〕

- 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従・専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。
- 「短時間勤務」については、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置の該当性について、該当もしくは非該当のどちらか一方に「レ」を記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。
- 「週あたりの勤務時間・日数」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間及び1週間当たりの平均勤務日数を記載すること。
- 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。
- 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。

○厚生労働省令第二十号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十条第一項（同法第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百十条第七項及び第一百四十九条において準用する場合を含む。）及び第三項並びに第七十二条第一項（同法第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百十条第七項及び第一百四十九条において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令を次のように定める。

平成三十年三月五日

厚生労働大臣 加藤 勝信

保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令

（保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正）

第一条 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）の一部を次のように改正する。

次の表のよう改正する。

	改 正 後	改 正 前
（一部負担金等の受領）		
第五条 （略）		
3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十二年法律第百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第一項第一項における者）へ届出をし）、又は承認を受けた病床（第一項第一項において許可病床（以下「該病床」という。）の数の四分之一以上であるものに限る。）及び同法第四条の第二項に規定する特機能病院（あるものは、法第七十条第一項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。）		
（傍線部分は改正部分）		
第五条 （略）		
3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十二年法律第百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け若しくは届出をし）、又は承認を受けた病床（第一項第一項における者）へ届出をし）、又は承認を受けた病床（第一項第一項において許可病床（以下「該病床」という。）の数の四分之一以上であるものに限る。）及び同法第四条の第二項に規定する特機能病院（あるものは、法第七十条第一項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。）		
（傍線部分は改正部分）		
（一）（略）		
2 保険医療機関は、病院にあつては、許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所		
（入院）		
第十一条 （略）		
2 保険医療機関は、病院にあつては、許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所		
（入院）		
第十一条 （略）		

2

1

又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならぬ。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない場合に、この限りでない。

（処方箋の交付）
第十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第一号若しくは第二号の、又はこれらに準する様式の処方箋に必要事項を記載しなければならない。

（処方せんの交付）
第十三条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第一号又はこれに準する様式の処方せんに必要事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方箋に關し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方せんに關し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない。

様式第一号を次のように改める。

様式第二号の次に次の様式を加える。

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								
患者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称														
	生年月日	年	月	日	男・女	電話番号	電 話 番 号									
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	都道府県番号	点数表番号	点数表コード	平成 年 月 日	処方箋の使用期間	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日以内に保険薬局に提出すること。					
	交付年月日	平成 年 月 日	処方箋の使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合は「レ」又は「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。											
	変更不可	個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「X」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	保険医署名															
	〔「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕															
備考	保険薬局が調剤時に残業を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「X」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 保険薬剤師氏名	公費負担医療の受給者番号	保険医氏名	公費負担医療の受給者番号													

参考 1. 「处方」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 A 列5番を標準とすること。
 3. 薬剤の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36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こと。

様式第一号の二

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	_____	FAX番号	_____								
その他の連絡先 _____											
(受付保険薬局情報)											
1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	_____				
2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	_____				
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	_____				

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								
患者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称														
	生年月日	年	月	日	男・女	電話番号	電 話 番 号									
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	都道府県番号	点数表番号	点数表コード	平成 年 月 日	処方箋の使用期間	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日以内に保険薬局に提出すること。					
	交付年月日	平成 年 月 日	処方箋の使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合は「レ」又は「X」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。											
	変更不可	個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「X」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	保険医署名															
	〔「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕															
備考	保険薬局が調剤時に残業を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「X」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 保険薬剤師氏名	公費負担医療の受給者番号	保険医氏名	公費負担医療の受給者番号													

参考 1. 「处方」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 A 列5番を標準とすること。
 3. 薬剤の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36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こと。

(保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正)

第二条 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）の一部を次の表のように改正する。

		改 正 後	改 正 前
			第四条の二の二の一 前条第一項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療厚生労働大臣の定めるものに限る)を担当した場合(第四条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。)において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。 2 (略)
2	(略)		第四条の二の二の一 前条第一項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療厚生労働大臣の定めるものに限る)を担当した場合(第四条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。)において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。 2 (略)

(傍線部分は改正部分)

10

9

(保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の一部改正)

第三条 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十四年厚生労働省令第二十六号）の一部を次の表のように改正する。

		附 則 (削る)	附 則
			「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正に伴う経過措置」 第一条 領収証を交付するに当たり明細書を常に交付する事が困難であるとしていて正当な理由がある場合は、第一条の規定による改正後の(保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(以下「新薬規則」といふ。))第四条の二(第三項の規定)からわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することとする。 2 明細書を交付を無償で行つてが困難である事について正当な理由がある場合は、新薬規則第四条の二(第三項の規定)がかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行つことができる。
2	(略)		

(傍線部分は改正部分)

12

- 63 -

11

附 則

(施行期日)

1 この省令は、平成三十年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この省令の施行の日以後、第一条の規定による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「新療担規則」という。）第五条第三項の規定により、同項各号に掲げる措置を講ずることを要する保険医療機関（この省令の施行の日前において、第一条の規定による改正前の保険医療機関及び保険医療養担当規則第五条第三項各号に掲げる措置を講ずることを要しなかつたものに限る。）において、新療担規則第五条第三項第二号に掲げる措置を講ずることが困難であることについて正当な理由がある場合は、同号の規定にかかわらず、平成三十年九月三十日までの間、同号に掲げる措置を講ずることを要しない。

診療報酬改定等による届出やお問い合わせなどは管轄の関東信越厚生局都県事務所
(埼玉県は指導監査課)にお願いいたします。

保険医療機関の所在他	お問い合わせ事務所	所在地	電話番号
埼玉県	関東信越厚生局 指導監査課	〒 330-0063 埼玉県さいたま市浦和区高砂1-1-1 朝日生命浦和ビル8階	048 (612) 7508
茨城県	関東信越厚生局 茨城事務所	〒 310-0061 茨城県水戸市北見町1-1-1 水戸地方合同庁舎 4階	029 (277) 1316
栃木県	関東信越厚生局 栃木事務所	〒 320-0043 栃木県宇都宮市桜5-1-13 宇都宮地方合同庁舎 5階	028 (341) 8486
群馬県	関東信越厚生局 群馬事務所	〒 371-0024 群馬県前橋市表町2-2-6 前橋ファーストビルディング 7階	027 (896) 0488
千葉県	関東信越厚生局 千葉事務所	〒 260-0013 千葉県千葉市中央区中央3-3-8 日進センタービル 7F	043 (379) 2716
東京都	関東信越厚生局 東京事務所	〒 063-1111 東京都新宿区西新宿6-2-2-1 新宿スクエアタワー 11階	03 (6692) 5119
神奈川県	関東信越厚生局 神奈川事務所	〒 231-0015 神奈川県横浜市中区尾上町1-6 VORT横浜関内Ⅱ 6F	045 (270) 2053
新潟県	関東信越厚生局 新潟事務所	〒 950-0088 新潟県新潟市中央区万代2-3-6 新潟東京海上日動ビルディング 1階	025 (364) 1847
山梨県	関東信越厚生局 山梨事務所	〒 400-0858 山梨県甲府市相生1-4-23 損保ジャパン日本興亜鮎川ビル 5階	055 (206) 0569
長野県	関東信越厚生局 長野事務所	〒 380-0846 長野県長野市旭町1108 長野第2号合同庁舎 4階	026 (474) 4346