

平成30年度
調剤報酬改定に伴う
『施設基準』等について

東北厚生局

診療報酬改定の留意事項

・本資料は、診療報酬改定の**全ての項目を網羅していません**ので、ご注意願います。

・施設基準の届出書の提出の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○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（保医発0305第2号平成30年3月5日）

○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（保医発0305第3号平成30年3月5日） 等

・算定の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○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（保医発0305第1号平成30年3月5日） 等

届出書様式(表紙)

別添7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

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			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6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。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6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揭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。			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6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。			
<input type="checkbox"/> 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。			
欄記について、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「レ」を記入すること。			
3 届出書は、1通提出のこと。			

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			
<input type="checkbox"/> 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。			
<input type="checkbox"/> 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揭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。			
<input type="checkbox"/> 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。			
<input type="checkbox"/> 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。			
欄記について、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。			

届出書様式(表紙)

- ・届出書は**正本1通**を提出。
- ・**副本は提出不要**（保険薬局が保管）。

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号		保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
------------------------	--	------	--	------------------------	--	------	--

- ・届出受理後は、届出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**に変更の届出等を行う。

当該届出を行う前6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。

[] の施設基準に係る届出

- ・従事者が変更となった場合等でも、**引き続き施設基準の要件を満たす場合は、原則として変更の届出等は不要。**
- ・ただし、次の場合等は**都度変更の届出を行う必要がある（例示）**。
 - ・基本診療料の施設基準で、病床数に著しい増減があった場合
 - ・次の届出医師に変更があった場合
（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顎口腔機能診断料）
 - ・届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準（当該機器に変更があった場合）
 - ・CT撮影及びMRI撮影（届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合）

届出様式のホームページからの入手方法

○東北厚生局トップページの
「平成30年度診療（調剤）報酬改定」のバナーから

The screenshot shows the homepage of the Tohoku Health Bureau. On the left is a vertical menu with items: 'よくあるご質問', 'パンフレットダウンロード', '採用情報', '地方厚生局麻薬取締部', and '年金記録の訂正請求'. The main content area has a search bar with '麻薬取締' and 'その他の分野' filters. Below the search bar are several banners. The banner for '平成30年度診療（調剤）報酬改定' is highlighted with a red border. Other banners include '東日本大震災関連情報', '指導医療官を募集しています', '再生医療等の安全性の確保等', '簡単で便利な「ねんきん情報アプリ！」', and '国有財産売却情報'.

施設基準の届出様式・報告様式等

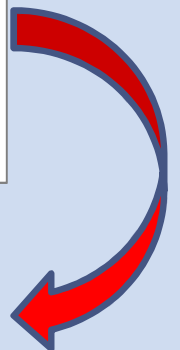
- ・ [基本診療料の届出様式](#)
- ・ [特掲診療料の届出様式](#)
- ・ [施設基準に係る辞退届](#)
- ・ [入院時食事療養・入院時生活療養等の届出](#)

訪問看護ステーションの基準にかかる届出様式等

順次更新いたします。

【厚生労働省主催】平成30年度診療報酬改定説明会

順次更新いたします。



平成30年度診療(調剤)報酬改定にかかる質問について

- ご質問につきましては、次の「平成30年度診療(調剤)報酬改定にかかる質問票」をご記入のうえ、指導監査課又は各県事務所あてに、FAXまたは郵送により提出をお願いいたします。
- また、参考となる資料等がございましたら質問票に添付願います。
- 照会いただきましたご質問に対しては、個別に口頭にて回答させていただきます。
- なお、ご質問の内容によっては回答にお時間を要する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

様式	質問票(エクセル:18KB)	FAXまたは郵送による提出をお願いします。
	質問票(PDF:45KB)	

寄せられるご質問につきましては、既にQ&A等に記載済の内容も見受けられるため、今一度Q&A等によりご確認のうえ、ご質問いただきますようお願いいたします。

平成30年度 診療(調剤)報酬改定にかかる質問票

質問年月日 平成 年 月 日 (医科 ・ 歯科 ・ 調剤)

照会者	保険医療機関コード または保険薬局コード	
	保険医療機関名称 または保険薬局名称	
	連絡先	電話番号 () -
		課または係名
担当者氏名		
(質問内容) [区分:]		

※ 診療報酬改定に関する照会については、この質問票を使用し、質問事項の区分(例:A001等)および質問内容を記載のうえ、ファクシミリまたは郵便により送付してください。

※ 質問票には質問事項1つを記載し、質問が複数ある場合は、それぞれについて質問票を記載してください。

ファクシミリの送信先・配達先は次のとおりです

管 轄	事 務 所 名	ファクシミリ番号	所 在 地
青森県	東北厚生局 青森事務所	017-724-9202	T030-0801 青森市新町2-4-25 青森合同庁舎6階
岩手県	東北厚生局 岩手事務所	019-907-9072	T020-0024 盛岡市基町1-12-18 盛岡学園センタービル2階
宮城県	東北厚生局 指導監査課	022-726-9268	T030-6426 仙台市青葉区花京院1-1-20 花京院スクエア21階
秋田県	東北厚生局 秋田事務所	018-800-7078	T010-0951 秋田市山王7-1-4 秋田第二合同庁舎4階
山形県	東北厚生局 山形事務所	023-609-0139	T090-0039 山形市豊後町2-2-36 山形センタービル6階
福島県	東北厚生局 福島事務所	024-503-5032	T090-0021 福島市麩町1-48 福島合同庁舎4階

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あたり届出の必要なもの（特掲）

○特掲診療料

- ~~造脘術、脘閉鎖症術（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。）~~
- ~~腹腔鏡下膣式子宮全摘術（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~~
- 調剤基本料3のイ
- 調剤基本料3のロ
- 調剤基本料の注4に掲げる地域支援体制加算
- 調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算3

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（特掲）

○特掲診療料

- ~~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
- 調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算1
- 調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算2

かかりつけ薬剤師の要件の見直し

- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、当該保険薬局における在籍期間の要件等を見直す。
- 一つの保険薬局に常勤している薬剤師が、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定を設ける。

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
 ア、イ (略)
 ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。

改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
 ア、イ (略)
 ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。

平成30年9月30日までは6ヶ月以上で可

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 当該保険薬局に週32時間以上勤務している。

改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 当該保険薬局に週 32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、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

基準調剤加算の見直し

○ かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

(新) 地域支援体制加算 35点

○地域支援体制加算の施設基準

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。

① 夜間・休日等の対応実績	400回
② 麻薬指導管理加算の実績	10回
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	40回
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績	40回
⑤ 外来服薬支援料の実績	12回
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績	1回
⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	12回
⑧ 服薬情報等提供料の実績	60回

調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

○基準調剤加算は廃止する

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。

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。
- 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31年4月以降適用

平成30年10月以降適用

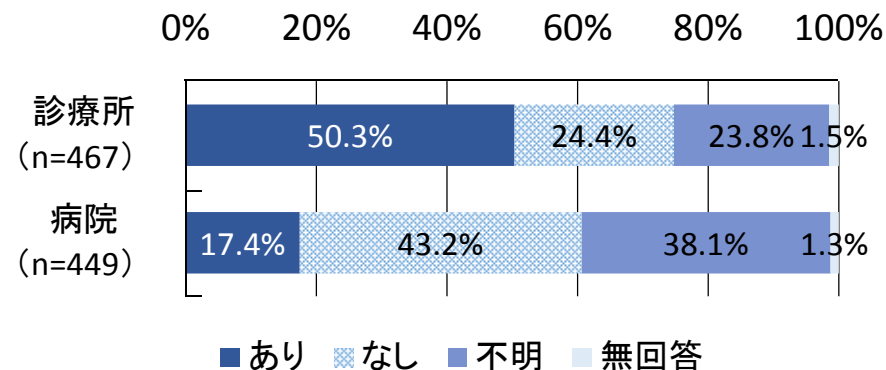
周知

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%を超える場合にあつては、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。

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 当該採院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を算定する採院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(区級採院) 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(介護採院) 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	<input type="checkbox"/> あり

(届出を行う全ての採院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 薬局時間	
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採院区級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
・主たる区級機関の処方箋受付回数(②)	回
・集中度(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採院薬局	
	①
・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られる体制 (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 医薬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 副作用組合に係る手順書の作成と組合実施体制について	
19 プレアボイド事例の把握・状況に関する取組の有無	<input type="checkbox"/> あり

(記載上の注意)

- 当該採院薬局に勤務する採院薬剤師の氏名、勤務の種類(常勤・非常勤の別)及び勤務時間について、別紙2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専任・非常任、専任・非常任の別」についての記載は要しない。
- 「1」については、当該採院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、医薬品区級機関情報提供サービス(PMDAメディアナビ)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、自局の薬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00に掲げる調剤基本料における特定採院区級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00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、当該採院薬局に勤務しはじめた時から、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 採院薬局の有効薬剤師数.		
週 32 時間以上勤務する採院薬剤師数 (①)		人
週 32 時間に満たない採院薬剤師の有効換算数 (②)		人
有効換算した採院薬剤師数 (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)	各基準に有効換算した採院薬剤師数を累じて得た回数	採院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) 腫瘍療法・相互作用等防止加算及び在宅患者腫瘍療法・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) 単一建物診察患者が 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、介護採院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費 (12 回/人)	回	回
(8) 服薬情報等提供料 (80 回/人)	回	回

【記載上の注意】

- 当該採院薬局に勤務する採院薬剤師の氏名、勤務の種別 (有効・非有効の別) 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、「有効薬剤師数」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。
 - 当該採院薬局における実労働時間が週 32 時間以上である採院薬剤師は 1 名とする。
 - 当該採院薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない採院薬剤師は、以下により算出する。

当該採院薬局における週 32 時間に満たない採院薬剤師の実労働時間の合計 (時間/3 月)
 $32 \text{ (時間/週)} \times 13 \text{ (週/3 月)}$

- 「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」の合計算定回数欄には当該採院薬局が「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時間外等加算: 「区分番号 0」の「注 4」
 ②夜間・休日等加算: 「区分番号 0」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」、

- 介護採院における居宅療養管理指導費の「注 2」、介護予防居宅療養管理指導費の「注 2」。
- ①腫瘍療法・相互作用等防止加算: 「区分番号 10」の「注 4」、「区分番号 13 の 2」の「注 3」。
 - ②在宅患者腫瘍療法・相互作用等防止管理料: 「区分番号 15 の 6」。
 - ④かかりつけ薬剤師指導料: 「区分番号 13 の 2」。
 - ④かかりつけ薬剤師包管理料: 「区分番号 13 の 3」。
 - ⑤外来服薬支援料: 「区分番号 14 の 2」。
 - ⑥服用薬剤調整支援料: 「区分番号 14 の 3」。
 - ⑦以下における、単一建物診察患者に対する算定実績。
 - ①在宅患者訪問薬剤管理指導料: 「区分番号 15」。
 - ②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料: 「区分番号 15 の 2」。
 - ③在宅患者緊急時等共同指導料: 「区分番号 15 の 3」。
 - ④介護採院における居宅療養管理指導費。
 - ⑤介護採院における介護予防居宅療養管理指導費。
 - ⑧服薬情報等提供料: 「区分番号 15 の 5」。
- 6 届出に当たっては、様式 87 の 3 を併せて届出すること。

薬剤服用歴管理指導料の特例

- 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局に対する薬剤服用歴管理指導料の区分を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料の特例

13点

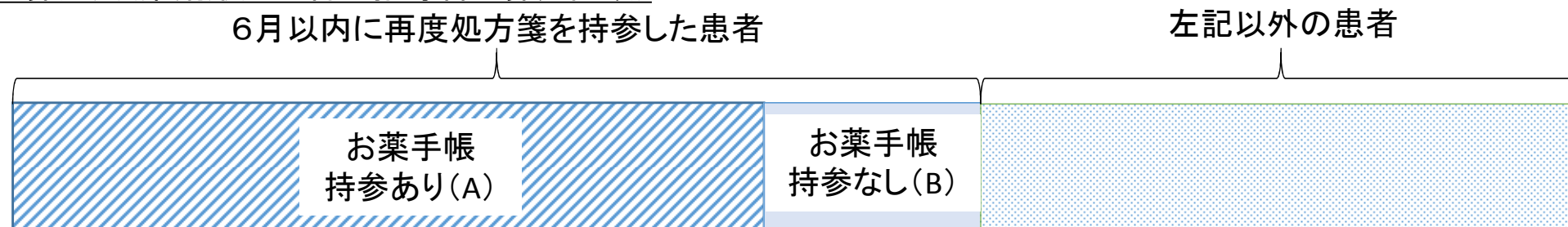
なお、この場合において、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。

[施設基準]

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。(※)

- ※ 6月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参した患者の割合(6月以内に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数うち、手帳を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数の割合)が50%以下である保険薬局

➤ 計算方法(薬剤服用歴管理指導料の算定回数)



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

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

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

薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の調剤数量割合の基準を引き上げ、調剤数量に応じた評価に見直す。

現行			改定後		
調剤数量割合	65%以上	18点	調剤数量割合	<u>75%以上</u>	18点
	75%以上	22点		<u>80%以上</u>	22点
				<u>85%以上</u>	<u>26点</u>

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

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

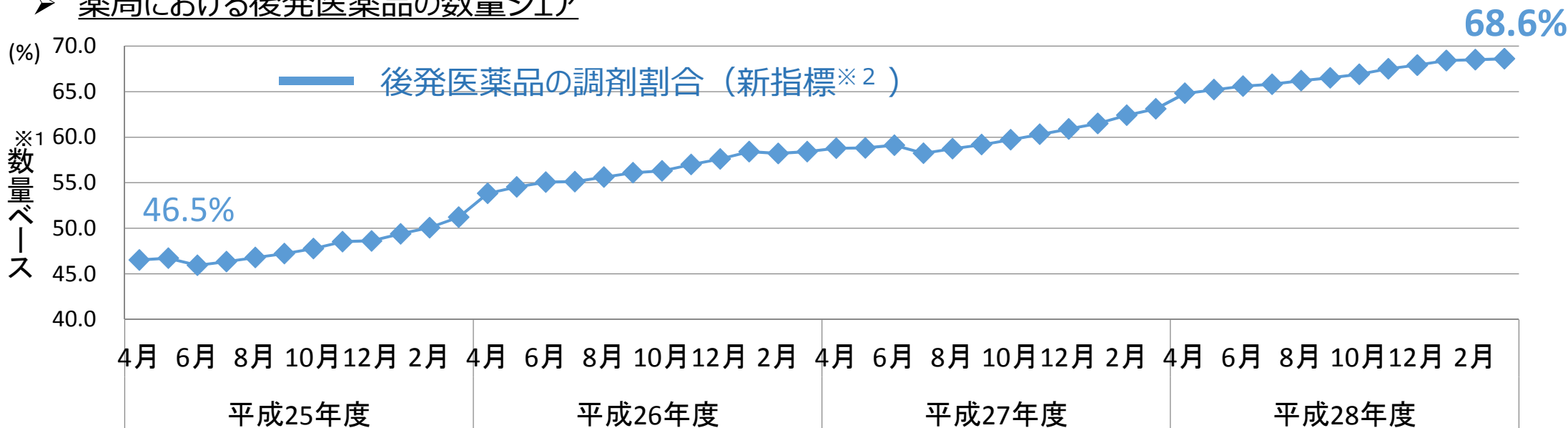
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

ただし、以下の場合は含まない。

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

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

➤ 薬局における後発医薬品の数量シェア



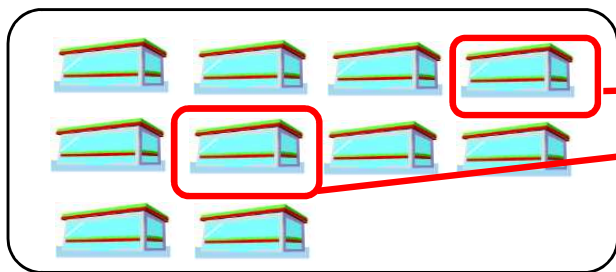
※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※2:「新指標」=[後発医薬品の数量]/([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

いわゆる門前薬局等の評価の見直し①(特例の拡大) 資料74

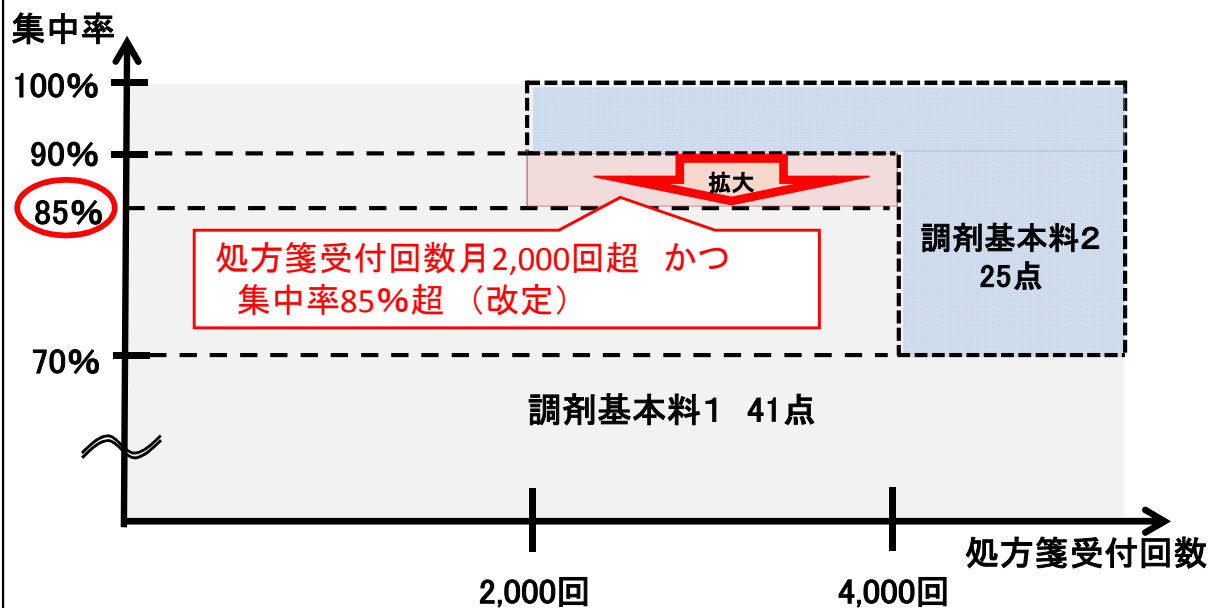
- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、
 ①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【薬局グループ】 ⇒グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超



調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下)	20点
①処方箋集中率が95%超の薬局 ⇒ 集中率が85%超の薬局(改正)	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	
(新)調剤基本料3-ロ (グループ全体40万回超)	15点
①処方箋集中率が85%超の薬局	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	

- 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点
 ・処方箋受付回数月4,000回超 かつ 集中率70%超
 ・処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中率90%超
 ⇒処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中率85%超 (改正)

調剤基本料2 25点
 ・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超 (集中率にかかわらず対象)
 上記に以下の場合を追加
 ① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が月4,000回を超える場合。
 ② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。

同一敷地内薬局の評価の見直し

- 特定の医療機関との不動産取引の関係がある等のいわゆる同一敷地内薬局に対する評価を見直す(特別調剤基本料)

(新) 特別調剤基本料

10点

[調剤基本料注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局]

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

- (1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が95%を超えること。
- (2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3のロのいずれにも該当しない保険薬局

医療資源の少ない地域の薬局

- 医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

[調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準]

(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。

- イ 「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。
- ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数(歯科医療を担当するものを除く。)の数が10以下であって、許可病床の数が200床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が70%を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。
- ハ 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。

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

施設基準

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

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

留意事項

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

医療資源が少ない地域の薬局に対する特例 資料77ページ

○ 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

中学校区

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
 薬局A: 中学校区内の医療機関数※が10以下で
 許可病床数200床以上の病院がない

薬局A

すべて集中率70%以下

中学校区外

集中率70%超の
 医療機関がある

薬局B

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
 薬局B: 中学校区内の医療機関に医療機関Aを加えて
 医療機関数※が10以下で
 許可病床数200床以上の病院がない

医療機関A

※歯科のみの医療機関は含まない

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

未妥結減算の見直し

資料78ページ

- 妥結率が低い保険薬局及び許可病床数 200床以上の病院における、初診料、再診料及び調剤基本料等の減算の取扱いを以下のとおり見直す。
- (1) 「流通改善ガイドライン」に基づき、①原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、②医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉を慎むことを理念として明記する。
 - (2) 保険薬局及び許可病床数 200床以上の病院に対し、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」等に係る報告を求め、報告を行わなかった場合の減算を設ける。
 - (3) 妥結率の報告に係る取扱いについて、保険薬局及び病院の負担軽減の観点から、厚生局への報告時期を現在の10月の1ヶ月間から10～11月の2ヶ月間に変更する。
- 保険薬局の調剤基本料等について、簡素化も考慮し、未妥結減算及び薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の減算を統合する。

【現行】

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



【見直し後】

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

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 00」の「注 2」）
2 届出の区分（該当する項目の□に「し」を記入する）		
□新規指定に伴う新規届出（選定指定が認められる場合を除く）		
指定日（ 年 月 日）		
□新規指定に伴う届出（選定指定が認められる場合）		
□調剤基本料の区分変更に伴う届出		
□その他（ ）		
3 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（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	□ある □ない	
イ 病院が借り賃した不動産の利用	□ある □ない	
ウ 保険薬局が所有する設備の貸与	□ある □ない	
エ 病院による薬局時刻の指定	□ある □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	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「し」を記入）	□ある □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の受付回数及びその割合		
期間： 年 月 ～ 年 月（ 2ヶ月間②）		
ア 全処方箋受付回数（②）		回
イ アのうち、主たる医療機関に係る処方箋受付回数（③）		回
ウ 主たる保険医療機関名		
エ 算中率（③/②）（％）（④）		％
オ 当該保険薬局と同一建物内にある保険医療機関数（⑤）		施設
カ ⑤に該当する保険医療機関の処方箋受付回数の合計（⑥）		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（⑦）		施設
ク ⑤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（⑧）		回
ケ ⑦と⑧を合計した処方箋受付回数（⑨）		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）	□あり （様式 87 の 2 の添付必要） □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 31 日までの受給率（⑩）		％
9 受給率、単品受給率及び一俣値引き更新に係る状況等の組合の有無	□あり □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	□あり □なし	
11 調剤基本料の注 3 の減算への該当の有無	□あり □なし	

(参考) 調剤基本料の注 6 の減算への該当性（⑩が [(⑩) 月数 × 600] を超える場合のみ記載）

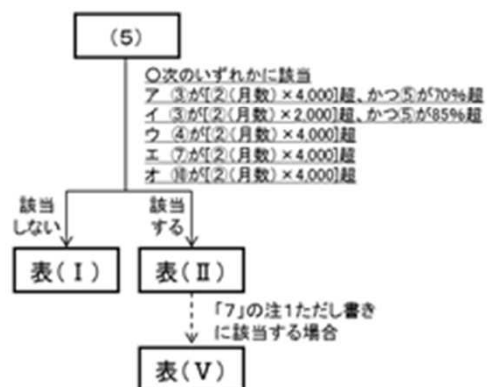
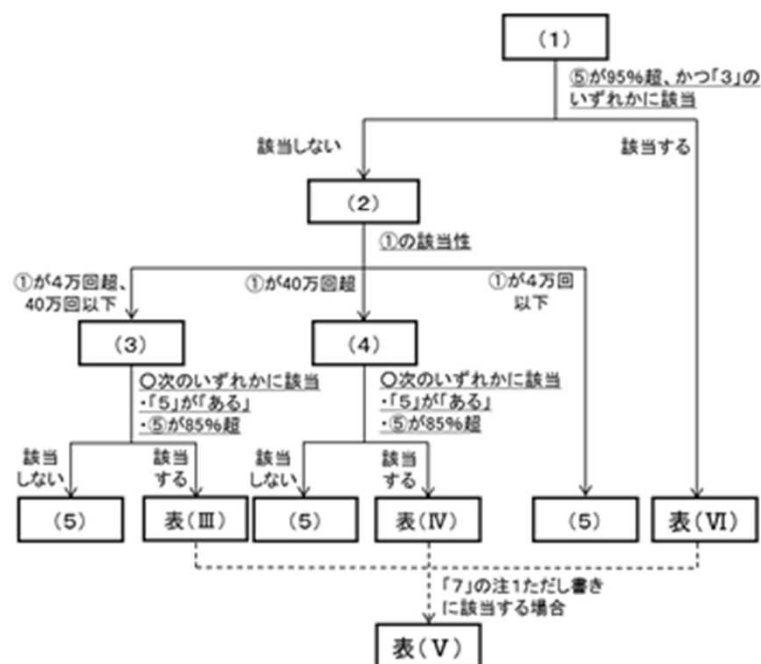
12 後発医薬品調剤割合が 20% 以下である（処方箋受付状況を踏まえやむを得ない場合を除く）への該当の有無	□あり □なし	
13 後発医薬品調剤割合に係る組合の有無	□あり □なし	
14 調剤基本料の注 6 の減算への該当の有無	□あり □なし	

(参考) 薬剤服用歴管理指導料の待例への該当性

15 薬剤服用歴管理指導料の待例への該当の有無	□あり □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。



- (1) (⑤)が95%を超え、「3」のいずれかひとつに「し」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40万回を超えている → (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「し」が記入されている。
イ (⑤)が85%を超えている。
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「し」が記入されている。
イ (⑤)が85%を超えている。
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%を超えている。
イ (③)が〔(②) (月数) × 2,000〕を超えており、かつ、(⑤)が85%を超えている。
ウ (④)が〔(②) (月数) × 4,000〕を超えている。
エ (⑦)が〔(②) (月数) × 4,000〕を超えている。
オ (⑧)が〔(②) (月数) × 4,000〕を超えている。
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-I...
(IV)...	調剤基本料 3-O...
(V)...	調剤基本料 1 (注1ただし書き)...
(VI)...	特別調剤基本料...

特掲診療料の施設基準等の告示で届出が必要な項目①

資料87ページ

▶ 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）	<ul style="list-style-type: none"> 「処方せんの受付回数」「特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」「グループ全体の処方せん受付回数」等 通知※の第2の4に基づき適用。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 調剤基本料1 算定薬局で平成30年4月以降も引き続き調剤基本料1を算定する薬局は改めて届出する必要なし </div>
二 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準（医療資源の少ない地域）	平成30年4月（届出） 毎年7月（報告）	<ul style="list-style-type: none"> 「特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」「当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報」等 通知※の第2の4に基づき適用。
二の二 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 (1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係、かつ集中度95%	平成30年4月（報告） 毎年7月（報告）	<ul style="list-style-type: none"> 「病院との不動産取引等があることその他の特別な関係の有無」等 通知※の第2の4に基づき適用。
三 調剤基本料の注3に規定する保険薬局 (1) 妥結率が5割以下の薬局 (2) 妥結率、単品単価契約率、一律値引き契約に係る状況を報告していない薬局 (3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局	平成30年4月（報告） 毎年7月（報告）	<ul style="list-style-type: none"> 「前年4月～9月末までの妥結率」「調剤基本料の注6の減算への該当性の有無」等 通知※の第2の4に基づき適用。 *（2）は平成30年10～11月末の報告に基づき、平成31年度から適用
四 地域支援体制加算の施設基準	平成30年4月（届出） 毎年7月（報告）	<ul style="list-style-type: none"> 届出時の「地域に貢献する体制を有することを示す相当の実績」「直近3ヶ月間の後発医薬品の調剤割合」「特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合」等。
五 後発医薬品調剤体制加算の施設基準 (1) 通則 (2) 後発医薬品調剤体制加算1 (3) 後発医薬品調剤体制加算2 (4) 後発医薬品調剤体制加算3	平成30年4月（届出） 毎年7月（報告）	<ul style="list-style-type: none"> 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) <ul style="list-style-type: none"> 届け出時の直近3ヶ月間の後発医薬品の調剤割合等 *平成30年10月から適用

※特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第●号）

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

➤ 新たに施設基準が創設されたもの

○調剤基本料の特例除外（注1のただし書に規定する届出）

○地域支援体制加算

➤ 施設基準が改正されたもの

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

○後発医薬品調剤体制加算1、2又は3

(参考)その他、新たに報告が必要となるもの

○特別調剤基本料（施設基準二の二（1）に該当する場合）

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

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

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

明細書の無償交付について

1. 公費負担医療の対象である患者等、一部負担金の支払いがない患者についても、患者に対する情報提供を推進していく観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、明細書が無償で交付しなければならない。
2. ただし、一部負担金等がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な診療所については、「正当な理由」に該当する旨の届出が必要。

施設基準の届出にあたっての留意事項

- ・届出に当たっては、届出する施設基準の告示・通知を必ず確認すること。
- ・「基本診療料の施設基準」の届出に当たっては、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。
- ・届出する施設基準ごとに、表紙（基本診療料は「別添7」、特掲診療料は「別添2」）、施設基準に該当する様式、添付書類が必要なものは添付書類を1組とし、正本のみ提出すること。※副本の提出は不要

※提出期限

平成30年4月1日から算定するためには、

平成30年4月16日（月）必着 で提出すること。