

# いわゆる門前薬局の評価の見直し④

## 調剤基本料の特例対象からの除外要件(かかりつけ業務の実施)

▶ 調剤基本料の特例対象薬局のうち、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている保険薬局は特例の対象から除外する。(現行の24時間開局による特例除外要件は削除)

### 現行

【調剤基本料の特例に関する施設基準】  
24時間開局していること

### 改定後

#### 【調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準】

- (1) 当該保険薬局に勤務している薬剤師の5割以上が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施設基準に適合した薬剤師であること。
- (2) 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にかかる業務について相当な実績を有していること。

⇒薬剤師一人当たり月100件以上算定(自己負担のない患者を除く)

※勤務している薬剤師数は常勤換算した薬剤師数を用いる

## かかりつけ機能に係る業務を行っていない薬局の評価の見直し

▶ かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない保険薬局は調剤基本料を100分の50とする。(処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く)

[要件] ※本取扱いは平成29年4月1日から適用

下記項目の算定回数の合計が1年間(※)に10回未満の保険薬局が対象 (※前年3月～当年2月末までの期間の算定回数)

- ・調剤料の時間外加算等、夜間・休日等加算
- ・かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料
- ・外来服薬支援料、服薬情報等提供料
- ・薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算
- ・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、退院時共同指導料、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
- ・介護予防居宅療養管理指導費、居宅療養管理指導費

調剤基本料		特例除外 (適用された場合)	50/100減算 (適用された場合)	基準調剤 加算	薬剤服用歴 管理指導料
通常	調剤基本料1 41点	—	21点	算定可能 (32点)※	50点/38点※
特例	調剤基本料2 25点 (従来の特例)	基本料1 となる	13点	×	50点のみ
	調剤基本料3 20点 (いわゆる大型門前薬局の特例)	基本料1 となる	10点	×	50点のみ
	調剤基本料4 31点 (基本料1の未妥結減算)	—	16点	×	50点/38点※
	調剤基本料5 19点 (基本料2の未妥結減算)	基本料4 となる	10点	×	50点のみ
	特別調剤基本料 15点 (基本料3の未妥結減算)	基本料4 となる	8点	×	50点のみ

※100分の50減算が適用された保険薬局は、基準調剤加算は算定できず、薬剤服用歴管理指導料は50点のみとなる。

(参考)保険薬局で算定する調剤基本料の点数については、施設基準の内容に含め、地方厚生(支)局へ届け出る。

調剤基本料1～5に該当する場合に届出。届出をしない保険薬局は特別調剤基本料となる。

⇒【重要】平成28年度は4月14日までに届出が必要

## 調剤基本料の地方厚生(支)局への届出

- 調剤基本料を施設基準として定め、地方厚生(支)局への届出を要件とする。
- 平成28年度は4月14日までに届出が必要。

### 調剤基本料に係る届出内容

#### 届出添付書類に記載が必要な事項

- ・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(集中率)
- ・(新)特定の医療機関に係る処方せんの受付回数
- ・(新)グループ全体の処方せん受付回数が月4万回を超えるグループに属する保険薬局への該当性
- ・(新)特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無
- ・前年4月から9月末までの期間における妥結率(前年10月に届け出たもの)
- ・(新)調剤基本料の特例除外に該当する場合は、「調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類」

#### 【新規指定された保険薬局の取扱い】

- ・新規指定された保険薬局(遡及指定が認められる場合を除く。)は、指定日の翌月から3か月間の処方せんの実績を基に、調剤基本料の区分を判定する。
- ・実績が判定されるまでは調剤基本料1を算定可能。ただし、次のいずれにも該当する場合は、新規指定時であっても調剤基本料3を算定する。
  - ・グループ全体の処方せん受付回数が月4万回を超えるグループに属する保険薬局に該当する
  - ・特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引がある

## (参考)調剤基本料の算定告示

1	調剤基本料1	41点
2	調剤基本料2	25点
3	調剤基本料3	20点
4	調剤基本料4	31点
5	調剤基本料5	19点

それぞれの要件は  
施設基準告示で規定

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして**地方厚生局長等に届け出た**保険薬局において調剤した場合には、処方せんの受付1回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして**地方厚生局長等に届け出たもの**については、調剤基本料本文の規定にかかわらず、当該基準に係る区分に従い、調剤基本料1又は調剤基本料4により算定する。

上記調剤基本料を算定するためには届出が必要

特例対象となるいわゆる  
門前薬局に対する  
特例除外の規定

注2 注1の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については、特別調剤基本料として15点を算定する。

届出をしない場合は  
特別調剤基本料を算定する旨の規定

注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く

かかりつけ機能に係る業務を行っていない場合の減算の規定

(参考)平成28年度改定に伴う調剤基本料判定フロー

同一グループ※の保険薬局の処方せん受付回数の合計が  
月4万回超のグループに属する保険薬局に該当する

YES

NO

※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

次のいずれかに該当する

- ①集中度95%超
- ②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

YES

NO

- 妥結率50%超  
**調剤基本料3 20点**
- 妥結率50%以下  
特別調剤基本料(届出不要)  
15点

フローにかかわらず以下の要件を届け出た保険薬局は調剤基本料1(妥結率50%超の場合)又は4(妥結率50%以下の場合)を算定する

- ①勤務している保険薬剤師の5割がかりつけ薬剤師指導料の施設基準の届出を行っている
- ②保険薬剤師一人あたり月100回以上かかりつけ薬剤師指導料(包括管理料)を算定

次のいずれかを満たす

- ①処方せん受付回数月4,000回超かつ集中度70%超
- ②処方せん受付回数月2,000回超かつ集中度90%超
- ③特定の保険医療機関からの処方せん受付回数月4,000回超

YES

NO

- 妥結率50%超  
**調剤基本料2 25点**
- 妥結率50%以下  
調剤基本料5 19点

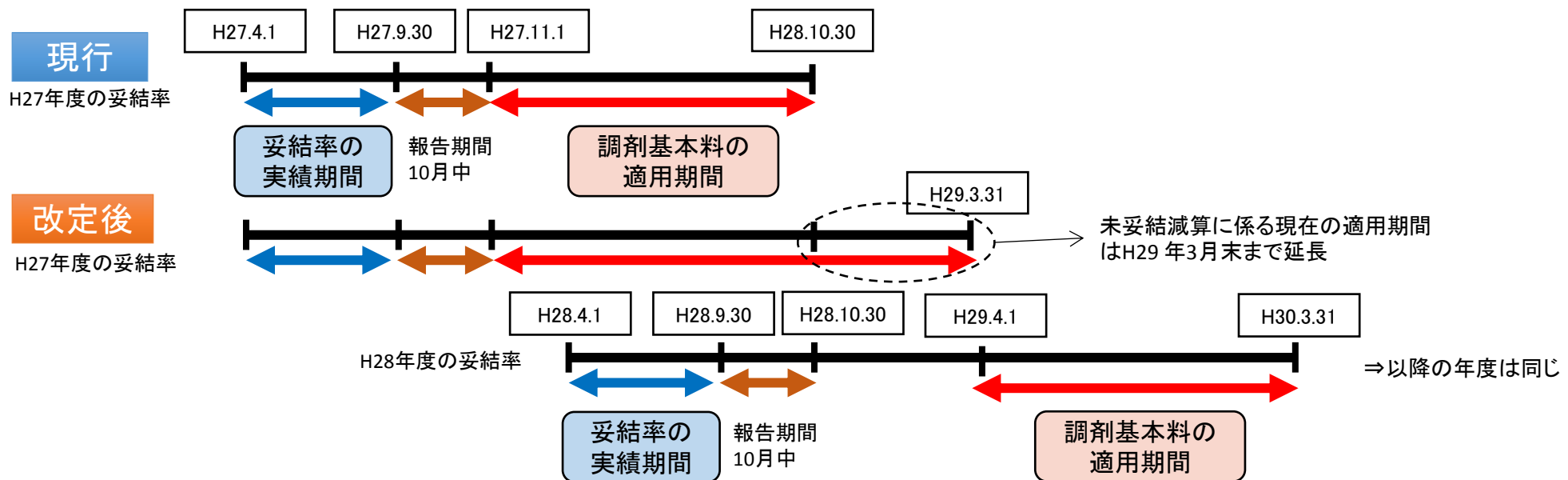
- 妥結率50%超  
**調剤基本料1 41点**
- 妥結率50%以下  
調剤基本料4 31点

	基準調剤加算	薬剤服用歴管理指導料1
調剤基本料1	○	○
調剤基本料4	×	○
上記以外	×	×

# 妥結率の報告に係る取扱いの変更

## 妥結率の報告に伴う調剤基本料の適用時期の変更

- ▶ 妥結率については、現行どおり、4月から9月までの期間における妥結率を10月中に地方厚生（支）局へ報告するが、妥結率が低い場合（妥結率が50%以下）の調剤基本料の引き下げについては、**翌年4月1日から適用する**。（※医療機関の取扱いは従来どおり当年11月1日から適用）

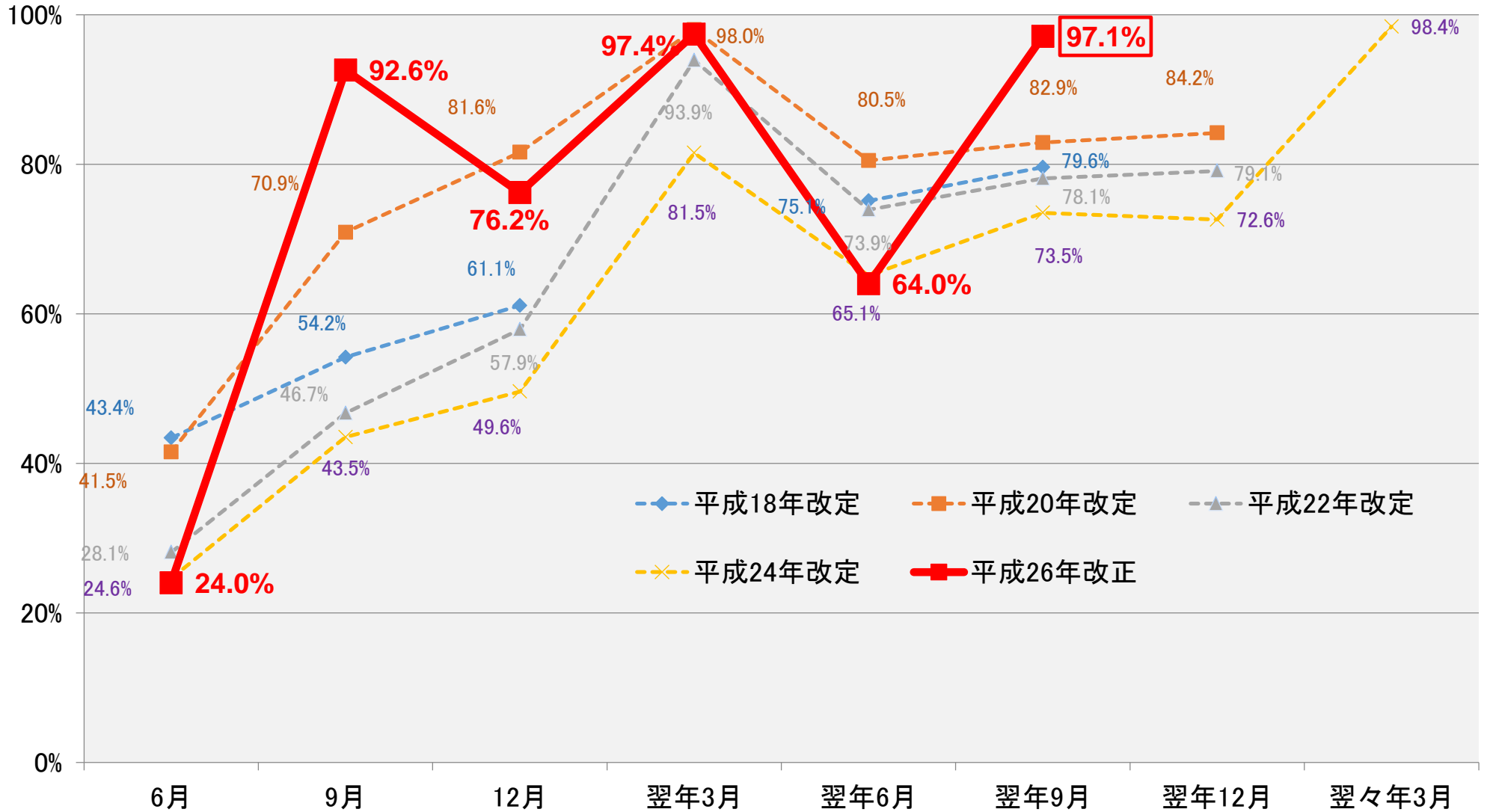


## 妥結率の報告時の添付書類の見直し

- ▶ 薬局グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超のグループに属する保険薬局以外の保険薬局は、妥結率の報告時に妥結の根拠となる書類の添付を不要とする。（当該資料は薬局で保管）

# 妥結率の推移

(平成18-19, 20-21, 22-23, 24-25, 26-27年度)

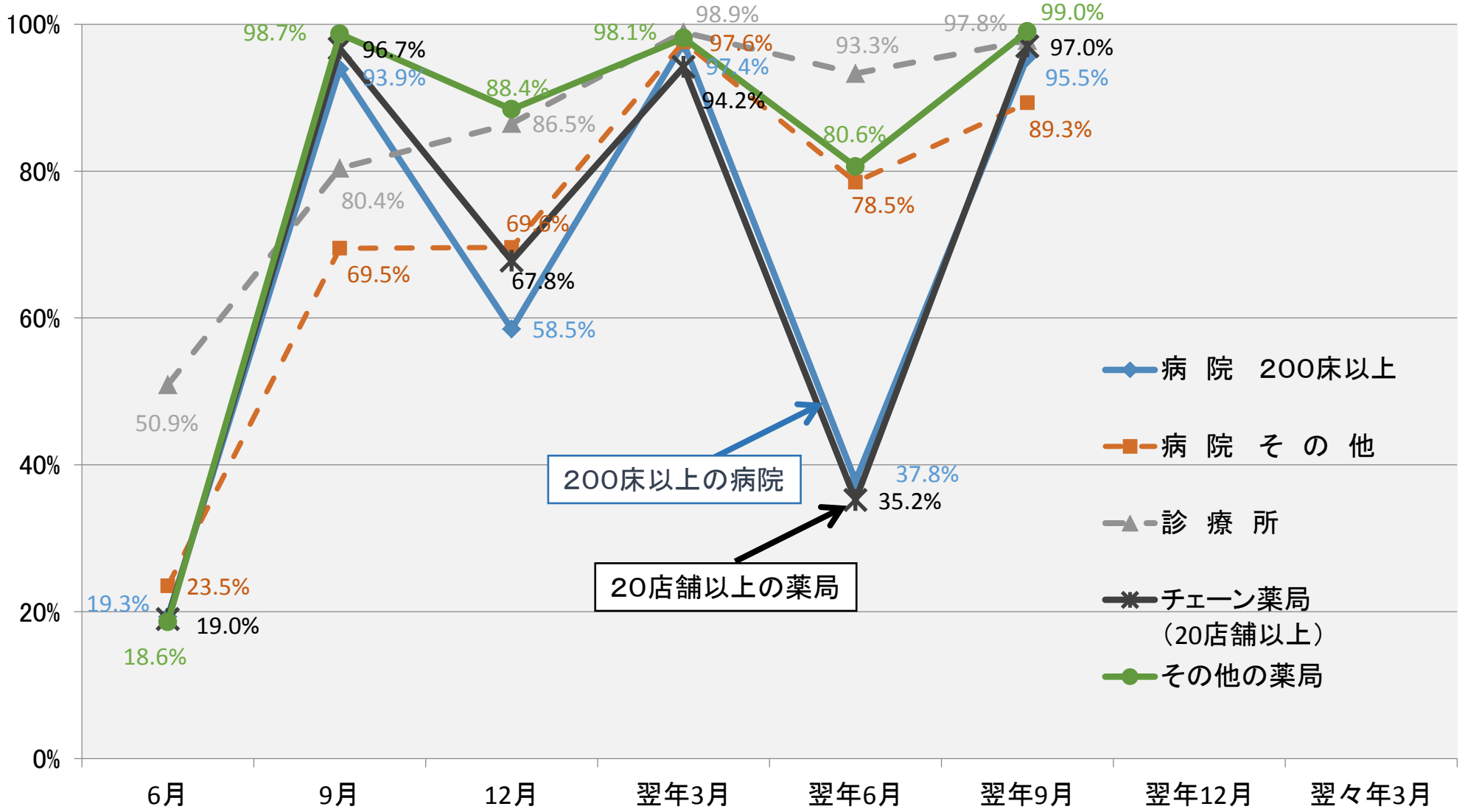


(注) 平成18年改定時の調査は、18年7月、18年10月、翌年1月、翌年7月、翌年10月に実施。  
「翌々年3月」については、平成24年度改定分においてのみ実施

データ  
厚生労働省

# 妥結率の推移

(平成26-27年度 医療機関・薬局区分別)





## 5. その他の調剤報酬改定項目

## ICTを活用したデータの収集・利活用

### 診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- 診療情報提供書、**服薬情報等提供文書**等の診療等に要する文書(これまで記名・押印を要していたもの)を、電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。

### ＜服薬情報等提供料の留意事項通知＞

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。

# 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正

## 明細書無料発行の推進

- 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、対象外となっていることから、以下の対応を行う。 ※ 400床未満の病院・診療所は経過措置あり(400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化)

① 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)についても、患者に対する情報提供の観点から、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、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。

※ 「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」を改正

② ただし、自己負担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医療機関及び薬局に対しては、2年間(診療所については、当面の間)の猶予措置を設ける。

## 保険者への通知義務

- 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。 ※保険医療機関及び保険医療養担当規則と同様の内容を規定

### 現行

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)

第七条 保険薬局は、患者が詐欺その他不正行為により療養の給付を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

### 改定後

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)

第七条 保険薬局は、患者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

- 一 **正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。**
- 二 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

## 薬局における患者への情報提供

- 患者が薬局における業務内容及びその費用が理解できるよう、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、利点等を含め、患者に対する丁寧な情報提供を推進する。

### 〈留意事項通知(通則)〉

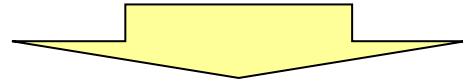
保険薬局は、患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、調剤報酬点数表の一覧等について、薬剤を交付する窓口等、患者が指導等を受ける際に分かりやすい場所に掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。

# 保険薬局の構造規制の改正案等について

H 2 8 . 1 . 2 9  
中 医 協 了 承

## 現行

- 保険医療機関と保険薬局は、「一体的な構造」「一体的な経営」であってはならないとされている。
- 「一体的な構造」とは、「公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態」とされており、公道等を介することを求めた結果、フェンス等を設置する運用が見られている。



**「保険薬局の独立性と患者の利便性の向上の両立」を図る観点から見直し**

## 改正案

- 「一体的な構造」の解釈を改め、公道等を介することを一律に求める運用を改めることとする。(通知改正で対応)  
→ 原則、保険医療機関と保険薬局が同一敷地内にある形態も認める。
- ただし、保険医療機関の建物内に保険薬局がある形態(「院内薬局」)や、両者が専用通路で接続されている形態は引き続き認めない。
- また、保険医療機関と同一敷地内に保険薬局がある形態であっても、
  - ・当該薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの
  - ・当該医療機関の休診日に、公道等から当該薬局に行き来できなくなるもの
  - ・実際には、当該医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの 等は認めない。

※ こうした事例に該当するかどうかは、現地の実態を踏まえ、地方社会保険医療協議会において必要な検討をした上で地方厚生局において判断。
- さらに、保険薬局の「経営上の独立性」の確保の実効ある措置として、指定の更新時に、不動産の賃貸借関連書類や当該薬局の経営に関する書類など、「一体的な経営」に当たらないことを証明する書類の提出を求める。
- なお、円滑な施行のため、一定の周知期間を設ける。

# 「規制改革実施計画」（平成 27 年 6 月 30 日 閣議決定）（抄）

## （２）個別措置事項

### ①医薬分業推進の下での規制の見直し

#### 保険薬局の独立性と患者の利便性向上の両立【平成27年度検討・結論、平成28年度措置】

医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。

# 現行の法令・通知の規定

## 【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第2条の3 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。

- 一 保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと。
  - 二 保険医療機関又は保険医に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示 等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与すること。
- 2 前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

## 【解釈】(平成8年医療課長通知) 「一体的な構造」の解釈

「この場合において、保険医療機関と一体的な構造とは、保険薬局の土地又は建物が保険医療機関の土地又は建物と分離しておらず、公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来するような形態のものをいうものであること。」

## 【解釈】(平成8年医療課長通知) 「一体的な経営」の解釈

「保険医療機関と一体的な経営を行う場合とは、(2)のまた以下に該当する場合等保険医療機関と保険薬局が一定の近接的な位置関係にあり、かつ、次のアからエまでに規定するような経営主体の実質的同一性が認められる場合又は機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合を指すものであること。

ア 保険薬局の開設者(法人たる保険薬局の役員を含む。)が当該保険医療機関の開設者(特定保険医療機関の開設者が法人の場合にあっては、当該法人の役員を含む。)又は開設者と同居又は開設者と生計を一にする近親者であるもの。

イ 保険薬局の開設者と保険医療機関の開設者の間の資本関係が実質的に同一であるもの(法人の場合にあっては当該法人の役員が経営するものを含む。)

ウ 職員の勤務態勢、医薬品の購入管理、調剤報酬の請求事務、患者の一部負担金の徴収に係る経営事務等が特定保険医療機関と明確に区分されていないもの。

エ 特定の保険医療機関との間で、いわゆる約束処方、患者誘導等が行われているもの。

## 6. 地方厚生局への届出と報告



# 特掲診療料の施設基準等の告示で届出が必要な項目

## ▶ 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の施設基準 (4) 調剤基本料4の施設基準 (5) 調剤基本料5の施設基準	<b>平成28年4月</b> 毎年7月(報告)	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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」「前年4月～9月末までの受結率」等</li> <li>通知*の第2の4に基づき適用。</li> </ul>
二 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準(特例除外)	毎年7月(報告)	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ薬剤師指導料等の算定状況等。</li> <li>通知*の第2の4に基づき適用。</li> </ul>
三 調剤基本料の注3に規定する保険薬局(かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局)	—	—
四 基準調剤加算の施設基準	<b>平成28年4月</b> 毎年7月(報告)	<ul style="list-style-type: none"> <li>届出時の「直近1年間の在宅の実績」「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。</li> <li>通知*の第2の4に基づき適用。</li> </ul>
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の施設基準 (3) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準	<b>平成28年4月</b> 毎年7月(報告)	<ul style="list-style-type: none"> <li>届け出時の直近3ヶ月間の後発医薬品の調剤割合。</li> <li>通知*の第2の4に基づき適用。</li> </ul>
六 無菌製剤処理加算の施設基準	毎年7月(報告)	<ul style="list-style-type: none"> <li>無菌処理施設、設備の状況等。</li> <li>通知*の第2の4に基づき適用。</li> </ul>
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>届け出時の直近1年間の在宅業務の実績等。</li> <li>通知*の第2の4に基づき適用。</li> </ul>
九 在宅患者調剤加算の対象患者	—	—
十 特定薬剤管理指導加算の対象薬剤	—	—
十一 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	<b>平成28年4月</b> 毎年7月(報告)	<ul style="list-style-type: none"> <li>届け出時点において、要件を満たす薬剤師の配置。</li> <li>通知*の第2の4に基づき適用。</li> </ul>
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	—	—

## 施設基準の届出

以下の項目については、平成28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28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 1、2、3、4 又は 5

調剤基本料の特例除外 (注1のただし書に規定する届出)

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

➤ 施設基準が改正されたもの

基準調剤加算

後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2

## 施設基準の届出について

### お願い

- 平成28年4月1日から算定を行うためには、**平成28年4月14日(木曜日)必着**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますのでご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。



# 平成28年度診療報酬改定の概要

1. 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価
2. 外来化学療法加算の評価の見直し
3. 無菌製剤処理料の評価の見直し
4. 医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大
5. その他

# 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

現行	
病棟薬剤業務実施加算(週1回)	100点



改定後	
病棟薬剤業務実施加算1(週1回)	100点
<b>(新) 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)</b>	<b>80点</b>



## [病棟薬剤業務実施加算2の主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。
- ③ 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1週間につき20時間以上病棟薬剤業務を実施していること。

- 併せて、薬剤管理指導料の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合(430点)」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合(325点)」に統合する。

現行	
<b>【薬剤管理指導料】</b>	
1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合	430点
2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合(1に該当する場合を除く。)	380点
3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合	325点



改定後	
<b>【薬剤管理指導料】</b>	
<b>(削除)</b>	
1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合	380点
2 1の患者以外の患者に対して行う場合	325点

# ICUにおける薬剤師の役割について

## ICUにおける安全管理指針検討作業部会（報告書）

- ICUにおける医薬品の取扱いにあたっては、薬剤師を管理責任者とし、薬剤管理の権限と責任を明確化すること。
  - ・本来は薬剤師がICU内に常時勤務することが望ましいが、関与の方法によっては、薬剤部の薬剤師による関与でも可能とすること。
  - ・薬剤師の関与の方法としては、例えば処方内容を含めた治療計画への関与や、ICUを薬剤師が朝夕訪れ、薬剤投与の適切性の確認や在庫管理等を行うことが考えられる。

## 日本集中治療医学会による集中治療部設置のための指針

- 集中治療部における薬剤管理・薬剤調整などに関与する薬剤師が集中治療部内に勤務することが望ましい。

## 諸外国におけるガイドライン等

[ICU設置のためのガイドライン(American College of Critical Care Medicine)]

- ・専門医、薬剤師、呼吸器等のセラピスト、栄養士、福祉サービス等の専門家、牧師その他多職種によるチーム医療の提供により、医療の質は向上することが示されている。

[ICUにおける基本的な要件に関する提言(European Society of Intensive Care Medicine; Working Group on Quality Improvement)]

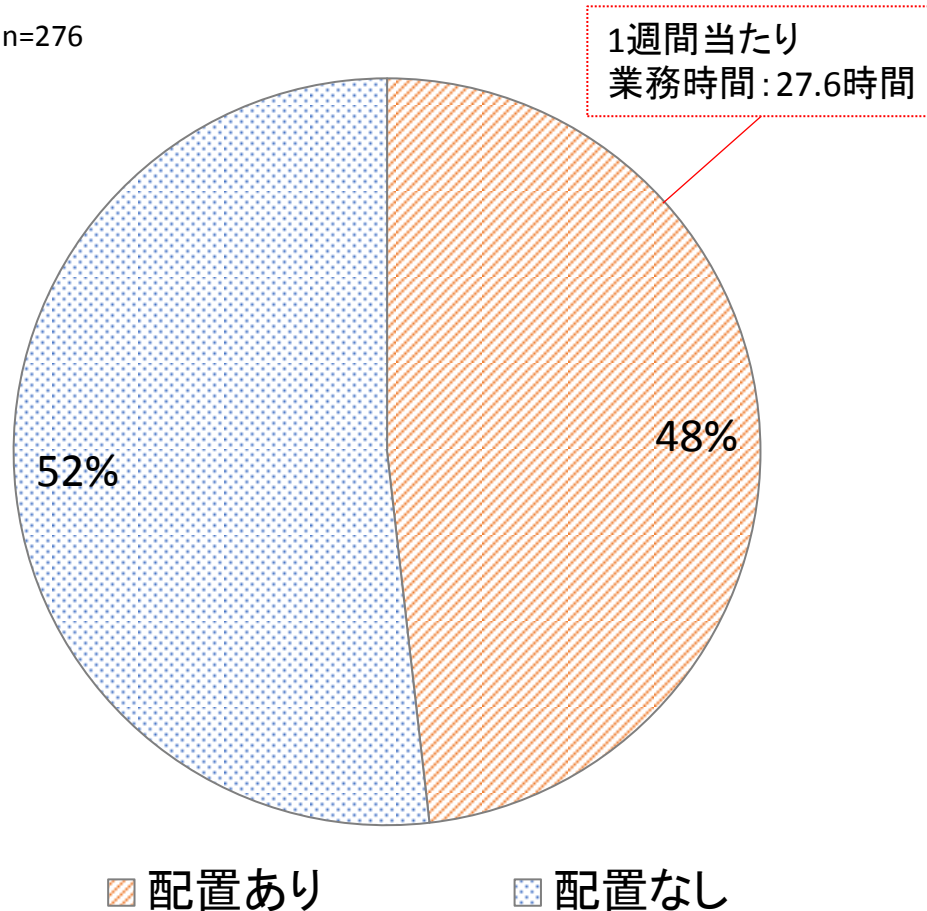
- ・通常の営業時間内は、薬剤師へのコンサルテーションが可能な体制であるべきである。薬事との十分な連携は、患者の安全性を考慮するに当たり特に重要なものである。

# 特定集中治療室管理料における薬剤師の配置状況

- 約半数のICUでは、専任の薬剤師を配置していた。
- ICUでの薬剤師の業務としては、医薬品安全情報等の周知や投薬状況の把握等多彩であった。

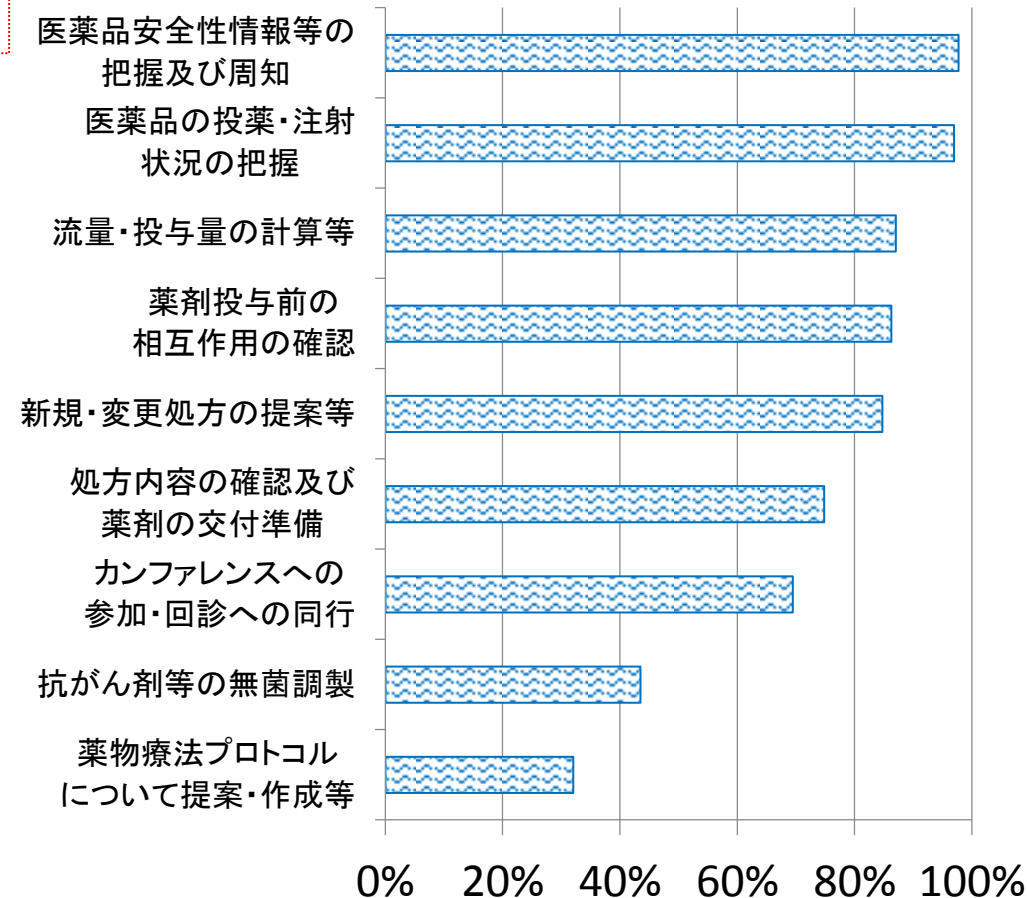
## <薬剤師の専任配置>

n=276



## <薬剤師が実施している業務>

n=131



# ICUにおける薬剤師配置の効果①

○ 薬剤師配置による効果として、「医師・看護師の業務負担軽減」「副作用の回避や病状安定化への寄与」「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられた。

○ ICU等に薬剤師を配置した施設において、配置後に薬剤関連インシデントが減少したとの報告がある。

## ＜薬剤師配置による効果＞

n=127

医師・看護師の業務負担が軽減した

副作用の回避、軽減や病状の安定化に寄与した

薬剤関連のインシデントが減少した

薬剤種類数が減少した

感染症発症率、抗生剤使用量が減少した

0% 20% 40% 60%

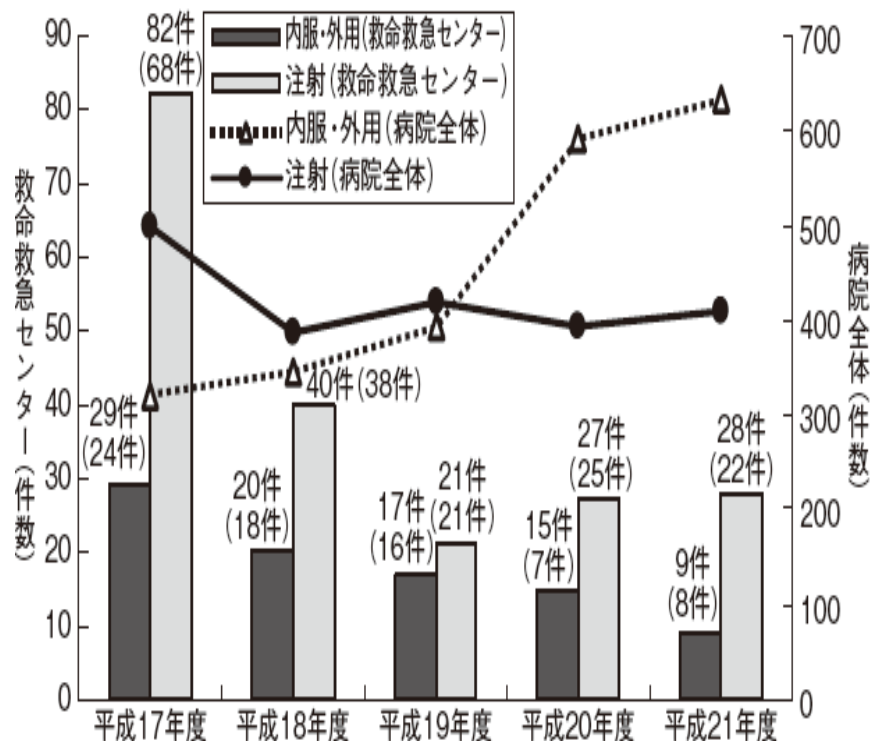
(参考)

## ＜薬剤師配置による効果＞

～高知医療センターの事例～

[対象]: ICU(8床)、CCU(4床)、HCU(8床)

[介入]: 平成17年3月以降薬剤師(2~3名)を常駐し、薬剤関連インシデントに対する対策の検討等を実施。



( ) は看護師がかかわったインシデント件数を示す



# ICUにおける薬剤師配置の効果②

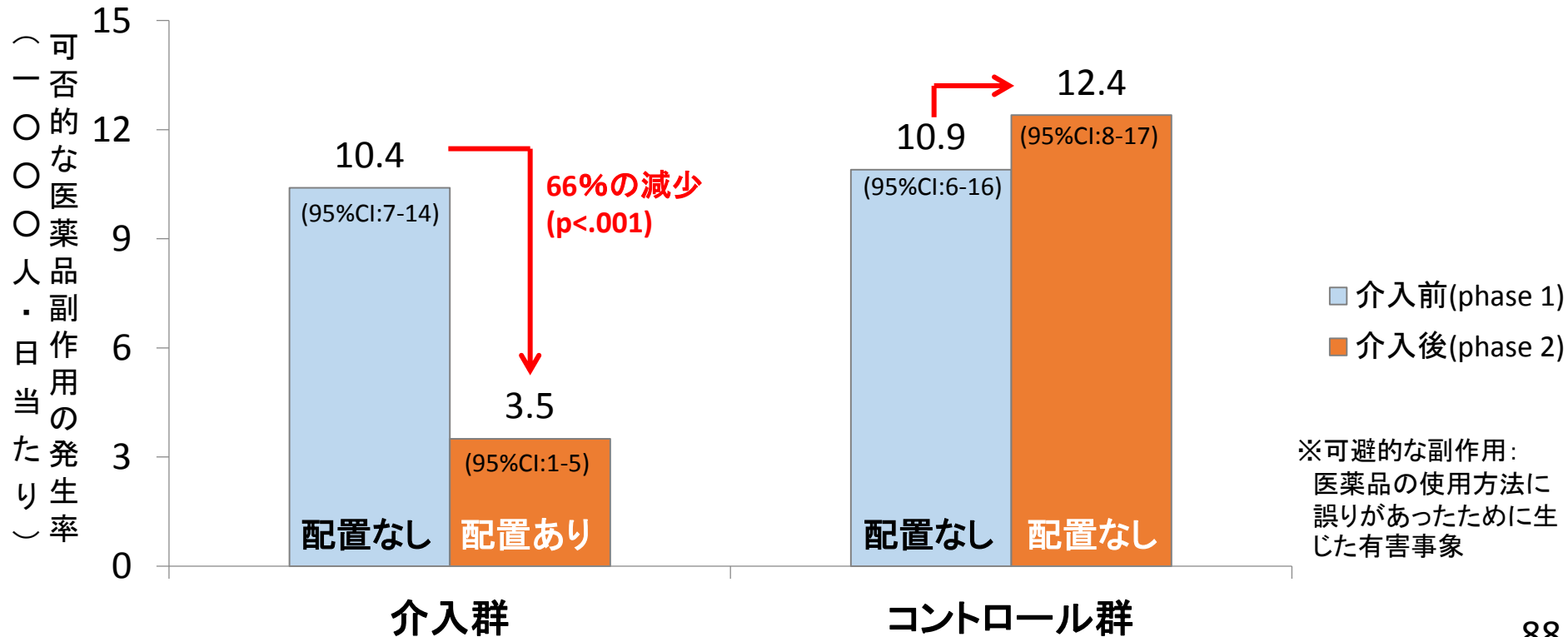
**[方法]**  
・対象群(ICU)における介入前後の可否的な医薬品副作用の発生率を比較

**[調査対象者]**  
・1993年2月1日～7月31日(phase 1)及び1994年10月1日～1995年7月7日(phase 2)の期間の入院患者から対象を無作為に抽出  
・介入群: phase 1; 75人(787人・日)、phase 2; 75人(861人・日)      ・コントロール群: phase 1; 50人(461人・日)、phase 2; 75人(644人・日)

**[介入]**  
・介入群(ICU)で、phase 2の期間に薬剤師の配置(午前のみ; 回診への同行、コンサルテーション等を実施)及び日中のオンコール対応を実施  
・コントロール群(CCU)では、phase 1・2ともに薬剤師の配置は行われなかった

**[結果]**  
・コントロール群では両期間の可否的な医薬品副作用の発生率に明らかな違いはみられなかったが、介入群では有意な発生率の低下がみられた。

## <可避的な副作用※の発生率(1,000人・日当たり)>



# 外来化学療法加算の評価の見直し

## 外来化学療法加算の評価の見直し

- 外来化学療法を更に推進する観点から、外来化学療法加算（8項目）について、点数の引き上げを行う。

### 【現行】

外来化学療法加算1		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	780点
	②15歳以上	580点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	630点
	②15歳以上	430点
外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	700点
	②15歳以上	450点
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	600点
	②15歳以上	350点

### 【改定後】

外来化学療法加算1		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	<b>820点</b>
	②15歳以上	<b>600点</b>
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	<b>670点</b>
	②15歳以上	<b>450点</b>
外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算A	①15歳未満	<b>740点</b>
	②15歳以上	<b>470点</b>
(2) 外来化学療法加算B	①15歳未満	<b>640点</b>
	②15歳以上	<b>370点</b>



# 無菌製剤処理料の評価の充実

## 無菌製剤処理の評価

- 抗がん剤への被曝防止等の観点から、閉鎖式接続器具を用いた無菌製剤処理の対象薬剤を拡大するとともに、実勢価格を踏まえて評価の見直しを行う。

現行	
無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (1) 揮発性の高い薬剤の場合 (2) (1)以外の場合	150点 100点
ロ イ以外の場合	50点
[算定要件(抜粋)]	
<ul style="list-style-type: none"> <li>無菌製剤処理料1のイの(1)に規定する揮発性の高い薬剤とは、次に掲げる成分を含有する製剤である。 イホスファミド、シクロホスファミド、ベンダムスチン塩酸塩</li> <li>安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましいこと。</li> </ul>	



改定後	
無菌製剤処理料1 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 ( <u>薬剤による区別を削除</u> )	<u>180点</u>
ロ イ以外の場合	<u>45点</u>
[算定要件(抜粋)]	
<ul style="list-style-type: none"> <li>(<u>薬剤による区別を削除</u>)</li> <li><u>安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。</u></li> </ul>	

### 閉鎖式接続器具の例)

バイアル用接続器具: バイアルの内外の差圧を調節することにより薬剤の飛散を防止する。



# 医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大

## 医師主導治験における保険外併用療養費の対象拡大

- ▶採算性等の問題で企業治験が行われませんが、臨床の現場で必要性の高い医薬品を患者に届けるために実施される医師主導治験について、治験医師・医療機関の負担を更に軽減するため、保険外併用療養費の支給対象を拡大する。

### ○医師主導治験における保険外併用療養費の給付範囲

			保険給付の対象	保険給付の対象外		
基本診療料	検査	画像診断	治験薬 (投薬)	治験薬 (注射)	処置 手術 麻酔 等	
			同種同効薬 (投薬)	同種同効薬 (注射)		
			その他の投薬	その他の注射		

医薬品の医師主導治験については、  
同種同効薬の投薬・注射に係る費用も  
保険外併用療養費の支給対象とする。

(例) 卵巣がんを対象とした医師主導治験

治験薬	テムシロリムス
併用薬	カルボプラチン パクリタキセル (卵巣がんに適応あり)

既に適応を有して保険適用され、治験薬に併用される同種同効薬について、今後は保険外併用療養費の支給対象となる。

# 医薬品の適正給付

## 湿布薬の適正給付

- 一度に多量の湿布薬が処方される例が一定程度あり、地域によっても状況が様々であることから、医薬品の適正給付の観点から、湿布薬の取扱いを見直す。

### 現行

【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】  
(新設)

【投薬 薬剤料】  
(新設)

### 改定後

【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】

入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合には算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

【投薬 薬剤料】

入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

※対象となる「湿布薬」は、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤をいう。(ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)

- 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

＜処方せん等への記載例＞以下のいずれでもよい。

例1 Mパップ 28枚 (1日2枚×14日)

例2 Mパップ 28枚 (14日分)

例3 Mパップ 28枚 (1日2枚)

# 医薬品の保険給付に関する指摘①

## ○「経済財政運営と改革の基本方針2015」(平成27年6月30日閣議決定、関係部分抜粋)

### 第3章 「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」

#### 5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

##### [1] 社会保障

(負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化)

市販品類似薬に係る保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、患者や医療現場への影響等を考慮しつつ、見直しを検討する。

## ○「規制改革実施計画」(平成27年6月30日閣議決定、関係部分抜粋)

### II 分野別措置事項

#### 1. 健康・医療分野

##### (2) 個別措置事項

##### ② 医薬品に関する規制の見直し

市販品と類似した医療用医薬品(市販品類似薬)の保険給付の在り方等の見直し

- ・ 市販品類似薬を含めた医療用医薬品の給付及び使用について、残薬削減等による保険給付の適正化の観点から次期診療報酬改定に向けて方策を検討し、結論を得る。その際、特に市販品類似薬については負担の不公平が生じやすいとの指摘を踏まえ、実効性のある適正給付の在り方を検討する。【平成27年度検討・結論】
- ・ これまでの診療報酬改定で対応したビタミン剤とうがい薬の医療費適正化の検証として、例えば医療機関別、地域別等の観点から給付額の増減について調査を行い、結果を公表する。【平成27年度措置】

### ○社会保障審議会医療保険部会での指摘

第90回医療保険部会(平成27年10月21日開催)

議題2 当面の医療保険部会の主要な事項に関する議論

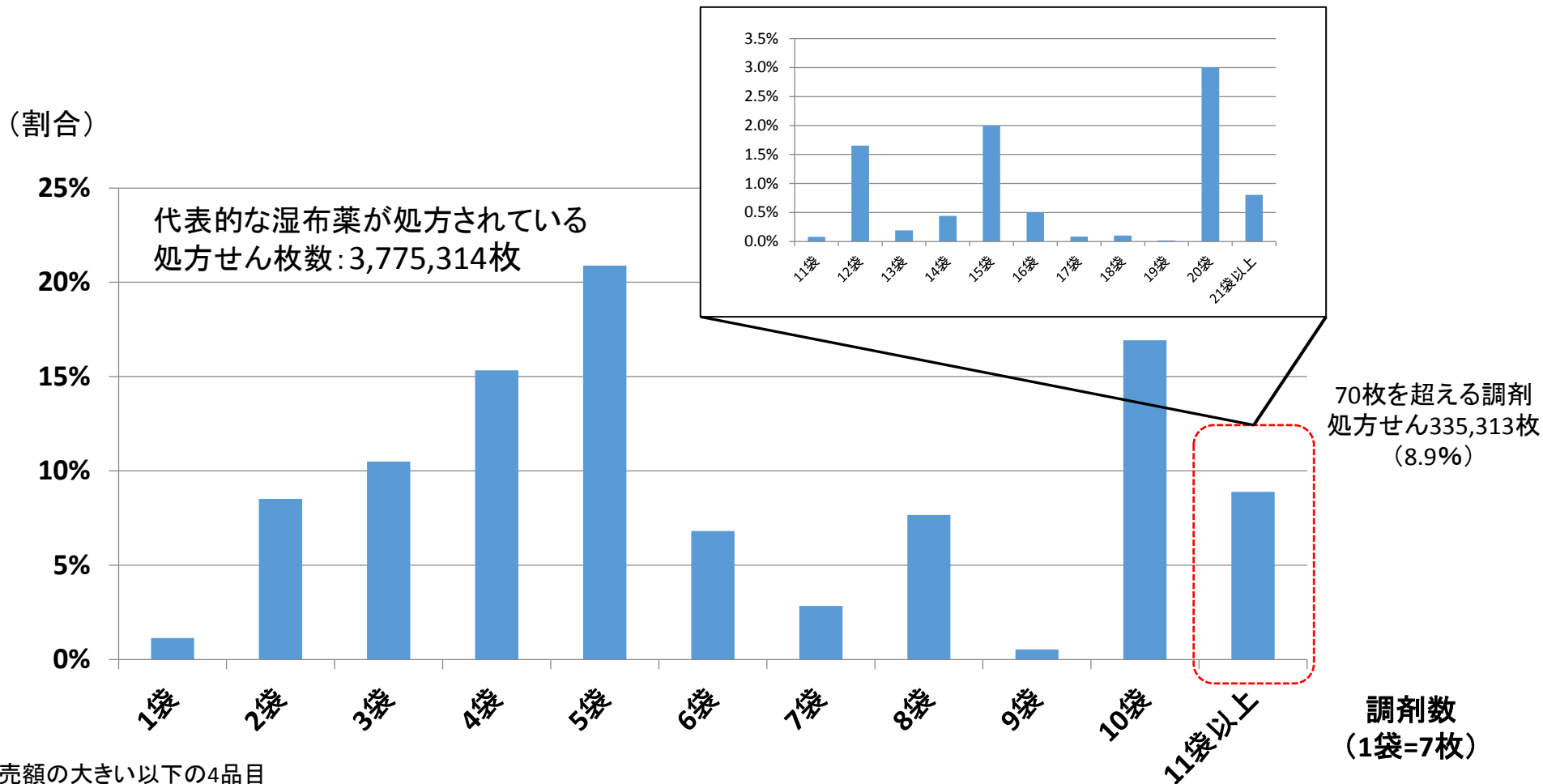
(骨太の方針「経済・財政再生計画」の改革工程の具体化)について

委員からの指摘(要旨)

- 市販品類似薬については、これまで、うがい薬やビタミン剤の一部を保険適用から外してきたが、これは本格的に進めていくべきではないか。
- これまでも湿布薬等については保険適用から外すことを検討すべきだと主張してきているが、場合によっては処方日数の制限のようなことも含めて考えていくべきではないか。

○ 1回の処方で湿布薬が70枚(10袋)を超えて調剤される例が一定数存在する。

## 代表的な湿布薬※の処方せん1枚当たり調剤数量の分布(%)



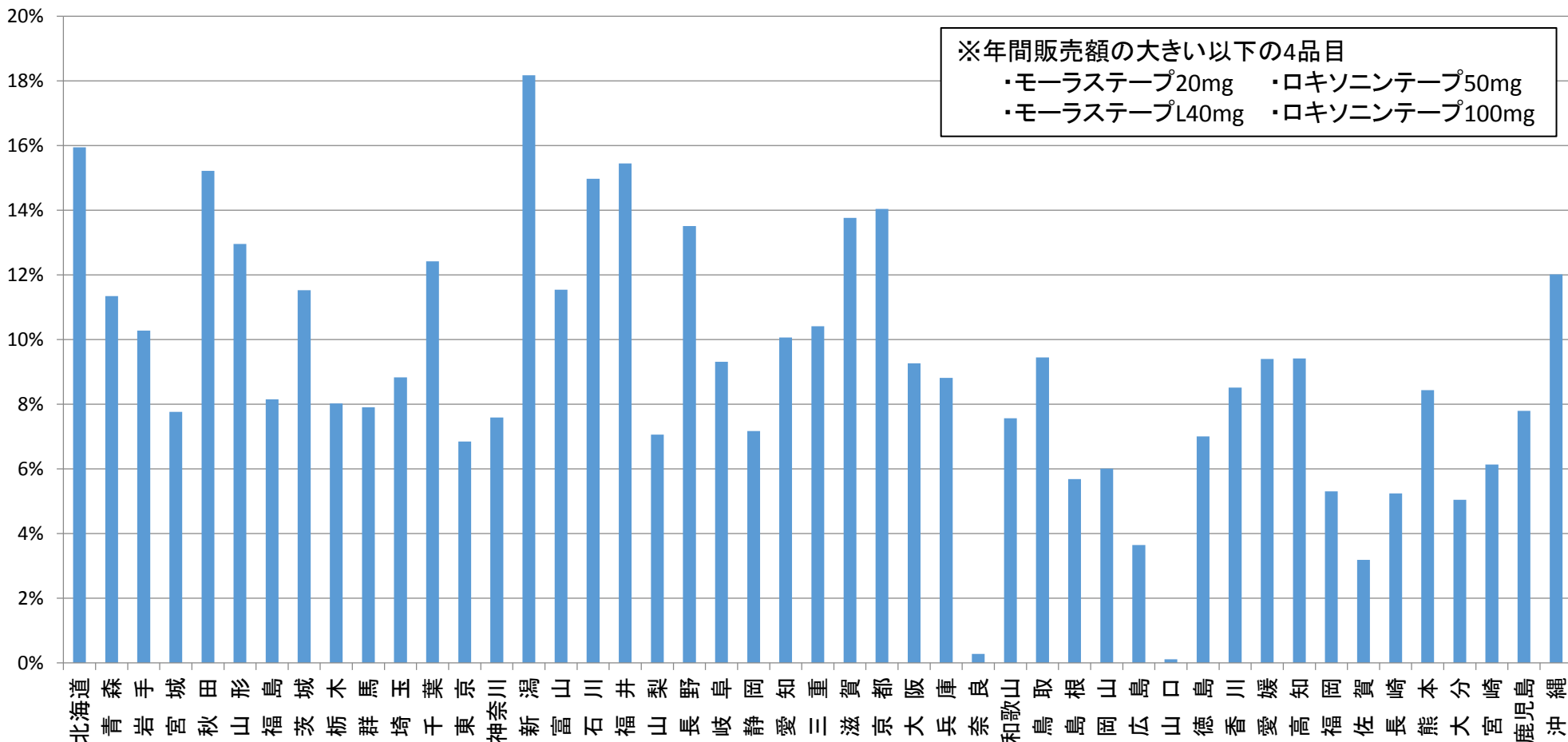
※年間販売額の大きい以下の4品目  
 ・モーラステープ20mg    ・ロキソニンテープ50mg  
 ・モーラステープL40mg    ・ロキソニンテープ100mg



○ 1回の処方で湿布薬が70枚(10袋)を超えて調剤されている状況は、都道府県によって様々である。

代表的な湿布薬※が処方された処方せんのうち  
70枚を超えて調剤された処方せんの割合(%)

(割合)



※年間販売額の大きい以下の4品目  
 ・モーラステープ20mg    ・ロキソニンテープ50mg  
 ・モーラステープL40mg    ・ロキソニンテープ100mg

## 在宅薬剤管理指導業務の推進

再掲

## 在宅薬剤管理指導業務における疑義照会の評価

- ▶在宅薬剤管理指導業務において、医師の処方内容に対する疑義照会に伴い処方変更が行われた場合を評価。

**(新) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点**

[主な算定要件]

- (1) 対象は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導を行っている患者とする。
- (2) 薬剤服用歴等に基づき重複投薬、相互作用の防止等の目的で疑義照会を行い、処方内容が変更になった場合に算定できる。
- (3) 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投薬が行われた場合を除く。(別途、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定が可能。)

## 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

- ▶保険薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を **1週間当たり40回**に見直す。
- ▶同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合には、**1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定できる**ようにする。(2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点))
- ▶医療機関の薬剤師が実施する在宅患者訪問薬剤管理指導料についても上記と同様に見直す。

# 平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成28年2月10日 中央社会保険医療協議会

- 急性期、回復期、慢性期等の入院医療の機能分化・連携の推進等について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
  - 一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響（一般病棟入院基本料の施設基準の見直しが平均在院日数に与える影響を含む）
  - 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直しの影響
  - 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響
  - 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響あわせて、短期滞在手術基本料及び総合入院体制加算の評価の在り方、救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価の在り方、退院支援における医療機関の連携や在宅復帰率の評価の在り方、療養病棟を始め各病棟における患者像を踏まえた適切な評価の在り方、**医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の推進等について、引き続き検討すること。**
- DPCにおける調整係数の機能評価係数Ⅱの置き換えに向けた適切な措置について検討するとともに、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等について引き続き調査・検証し、その在り方について引き続き検討すること。
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響を調査・検証し、外来医療・歯科医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の影響を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
- 質が高く効率的な在宅医療の推進について、重症度や居住形態に応じた評価の影響を調査・検証するとともに、在宅専門の医療機関を含めた医療機関の特性に応じた評価の在り方、患者の特性に応じた訪問看護の在り方等について引き続き検討すること。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入、維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況、廃用症候群リハビリテーションの実施状況等について調査・検証し、それらの在り方について引き続き検討すること。
- 精神医療について、デイケア・訪問看護や福祉サービス等の利用による地域移行・地域生活支援の推進、入院患者の状態に応じた評価の在り方、適切な向精神薬の使用の推進の在り方について引き続き検討すること。
- 湿布薬の処方に係る新たなルールの導入の影響も含め、残薬、重複・多剤投薬の実態を調査・検証し、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局が連携して薬剤の適正使用を推進する方策について引き続き検討すること。あわせて、過去の取組の状況も踏まえつつ、医薬品の適正な給付の在り方について引き続き検討すること。**