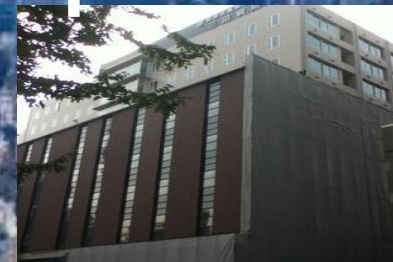


医療と介護のクロスロード

～調剤報酬改定と薬価改定～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹

DPC後発医薬品指数70%
がんプロ養成講座
がん専門薬剤師の養成



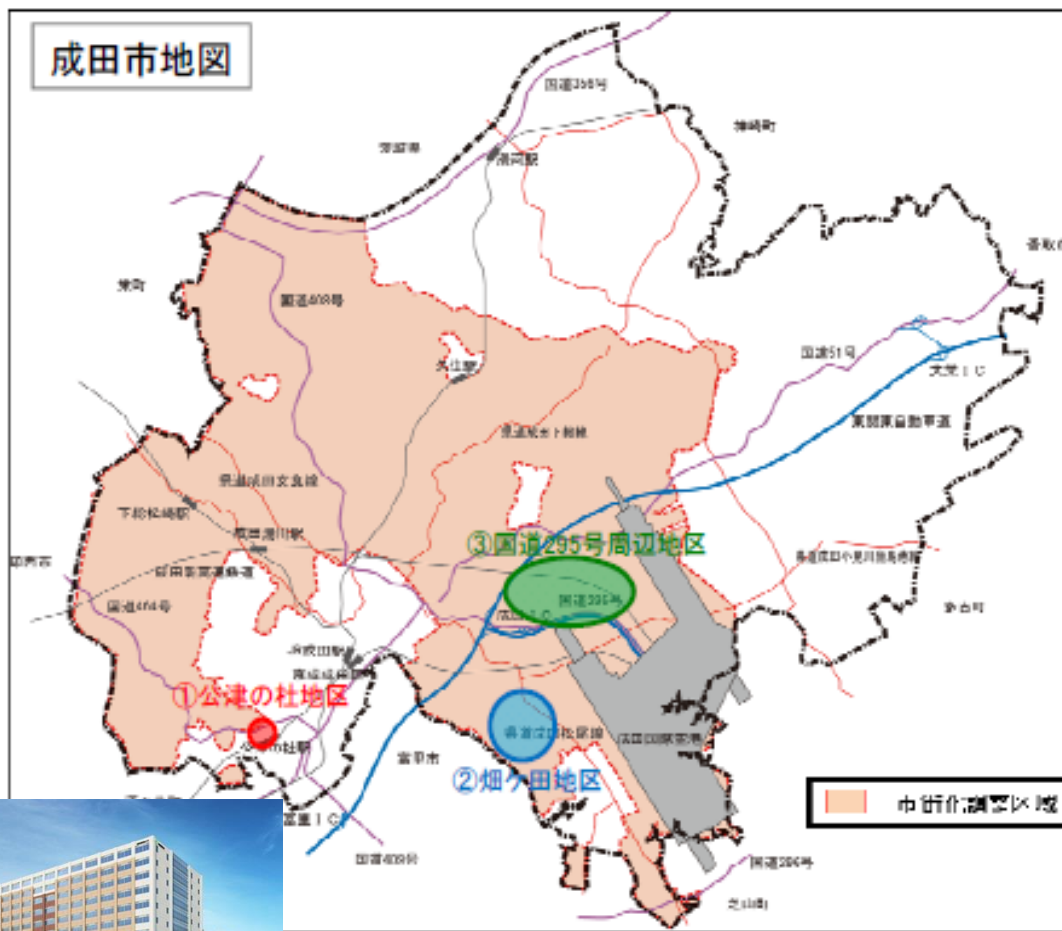
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー




**INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF
HEALTH AND WELFARE**

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)





2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



2018年4月、国際医療福祉大学 大学院 赤坂キャンパス完成

東京都港区の旧赤坂小学校跡地に、大学院と学部の新しいキャンパス
現在の東京青山キャンパスを移転するとともに新しい分野・コースも開設し、
生涯教育の新たな拠点として大学院教育をさらに充実させます。

目次

- パート 1
 - 2018年診療報酬改定率と基本方針
- パート 2
 - 調剤報酬改定
- パート 3
 - 薬価制度改革と薬価改定



パート1

2018年診療報酬改定の 改定率と基本方針



2017年10月5日社会保障審議会医療部会

平成30年度診療報酬改定の概要

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%

600億円

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%

1700億円

※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%

ネット
 1.19%
 マイナス

▲56億円

なお、上記のほか、いわゆる大型駅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

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

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

調剤

1. 地域医療に貢献する薬局の評価
2. かかりつけ薬剤師の推進

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

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) 感染症対策の推進
 - 5) 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) 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応

歯科

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

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
2. 業務の効率化・合理化

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

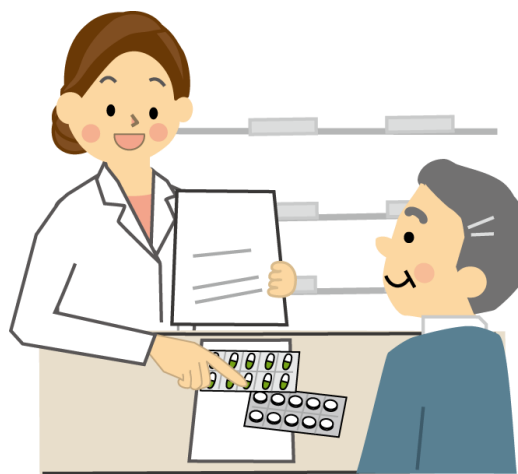
1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 後発医薬品の使用促進
3. 費用対効果の評価
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し

パート 2

2018年調剤報酬改定



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～



2015年10月23日

厚生労働省

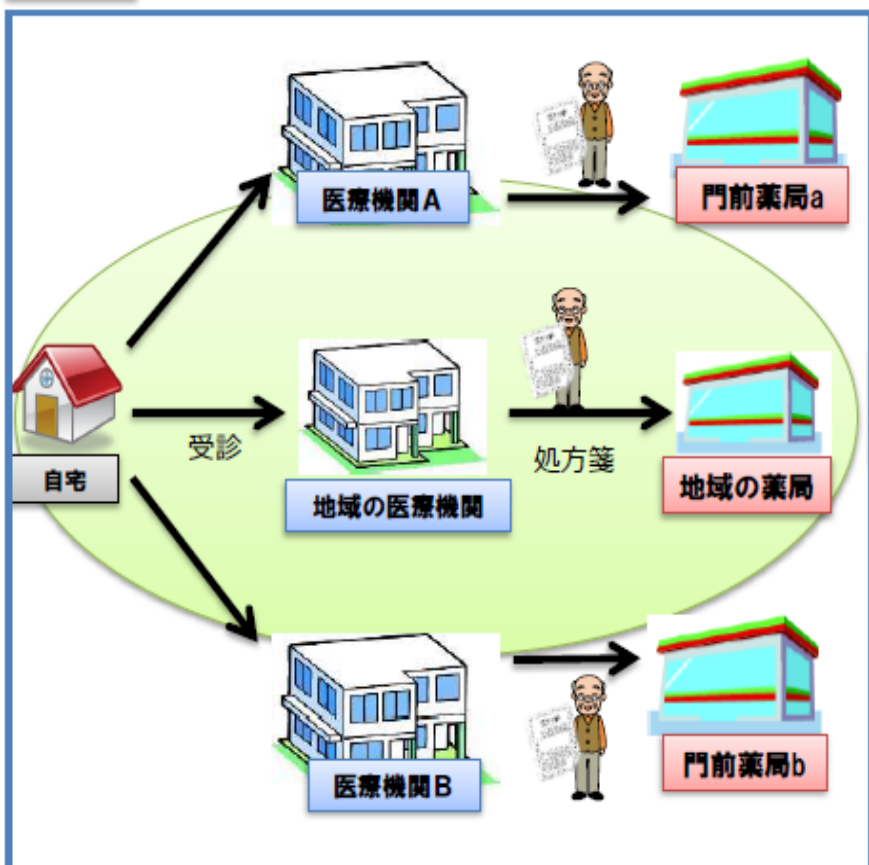
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

○薬局の薬剤師が専門性を発揮して、ICTも活用し、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施。

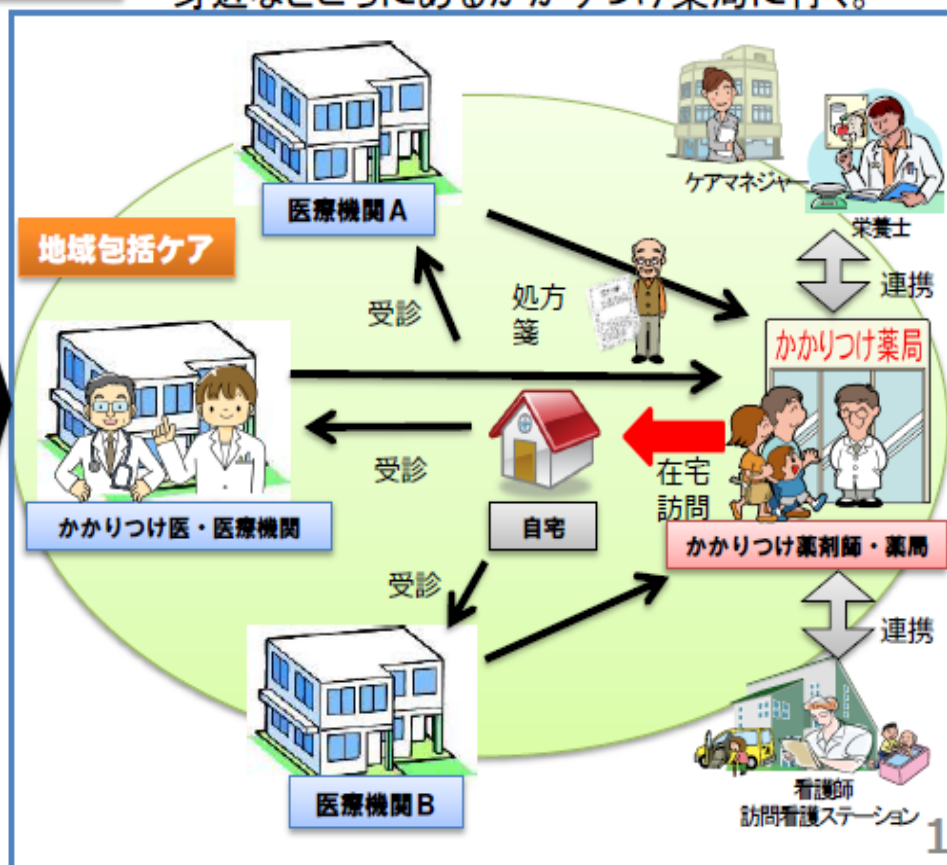
○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方(イメージ)

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



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



かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

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

服薬情報の一元的・継続的把握

- 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。

24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

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。

薬局再編の全体像

～ 立地 から 機能 へ～

現状

57,000薬局あるが、門前中心に医薬分業のメリットを実感しにくいとの声

様々な医療機関からの処方箋を受付

特定の診療所からの処方箋を受付

特定の病院からの処方箋を受付

面分業

門前薬局を含め、すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指す

診療所門前

中小病院門前

大病院門前

2025年まで

すべての薬局を「かかりつけ薬局」へ

かかりつけ薬局

- ・ ICTを活用し、服薬情報の一元的・継続的把握
- ・ 24時間対応・在宅対応
- ・ 医療機関をはじめとする関係機関との連携

+

- ・ 健康サポート機能
(地域住民による主体的な健康の維持・増進の支援)

※健康サポート薬局として活動
(日常生活圏域ごとに必要数確保)

- ・ 高度薬学管理機能
(抗がん剤等の薬学的管理)

2035年
まで

- 団塊の世代が要介護状態の方が多い85歳以上に到達
- 一般的な外来受診はかかりつけ医が基本となる

立地も地域へ

既に地域に立地

建替え時期等を契機に立地を地域へ移行

日常生活圏域でのかかりつけ機能の発揮

かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～ 対物業務 から 対人業務 へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・ 処方箋受取・保管
- ・ 調製(秤量、混合、分割)
- ・ 薬袋の作成
- ・ 報酬算定
- ・ 薬剤監査・交付
- ・ 在庫管理

- ・ 処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・ 医師への疑義照会
- ・ 丁寧な服薬指導
- ・ 在宅訪問での薬学管理
- ・ 副作用・服薬状況の
フィードバック
- ・ 処方提案
- ・ 残薬解消

- 医薬関係団体・学会等で、
専門性を向上するための
研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、
患者の同意の下、**検査値
や疾患名等の患者情報を
共有**
- 医薬品の安全性情報等の
最新情報の収集

専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

塩崎前厚労相、「かかりつけ薬局」 推進で「病院前の景色を変える」



2015年5月22日記者会見

2016年調剤報酬改定のポイント

ポイント 1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価

- かかりつけ薬剤師の評価／かかりつけ機能を有する薬局の評価（基準調剤加算）

ポイント 2. 対人業務の評価の充実

- 薬剤服用歴管理指導料の見直し
- 継続的な薬学的管理
- 減薬等のための処方内容の疑義照会に対する評価
- 調剤料の適正化

ポイント 3. いわゆる門前薬局の評価の見直し

- 調剤基本料の適正化／未妥結減算／かかりつけ機能を有していない薬局の適正化

ポイント 4. 高齢者の多剤処方

2018年調剤報酬改定

中医協総会 2018年1月10日

2018年調剤報酬改定内容①

• 調剤基本料

- 本体（狭義の調剤基本料）
- 調剤基本料の特例対象範囲を拡大
- 大型のいわゆる駅前薬局の評価をさらに適正化
- 同一敷地内薬局の評価を適正化
- 未妥結減算に係る報告強化
- 特例除外廃止
- 基準調剤加算廃止
- 地域支援体制加算の新設
- 後発医薬品調剤体制加算の見直し
- 長期処方分割調剤の見直し

• 調剤料

- 内服薬の調剤料の評価の見直し

2018年調剤報酬改定内容②

• 薬学管理料

- 対人業務に係る薬学管理料の充実
- 薬剤服用歴管理指導料
 - 要件追加～お薬手帳の活用実績～
 - 次回の服薬指導計画、抗菌薬
- かかりつけ薬剤指導料
 - 育児・介護の扱い、同意書の様式の明確化
- 服用薬剤調整支援料
- 乳幼児服薬指導加算
- 重複投薬・相互作用等防止加算等
- 服薬情報等提供料
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料
 - 単一建物診療患者の人数に応じた評価
 - 無菌調剤室の共同利用の評価、乳幼児加算

調剤報酬改定の7つのポイント

- ポイント① 調剤基本料の見直し
 - いわゆる門前薬局の評価の見直し
- ポイント② 地域支援体制加算の新設
 - 地域医療に貢献する薬局の評価
- ポイント③ かかりつけ薬剤師
- ポイント④ 在宅訪問、残薬解消
- ポイント⑤ 分割調剤と日本版リフィル
- ポイント⑥ 医薬品適正使用ガイドライン
- ポイント⑦ ジェネリック医薬品

ポイント① 調剤基本料の見直し

～いわゆる門前薬局の評価の見直し

中医協総会 2018年1月10日

ポイント①

調剤基本料の見直し

～いわゆる門前薬局の評価の見直し～



調剤基本料の見直し

～いわゆる門前薬局の評価の見直し～

- 調剤基本料の変更点

- 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 イ : 20点

- ④ 調剤基本料 3 口 : 15点

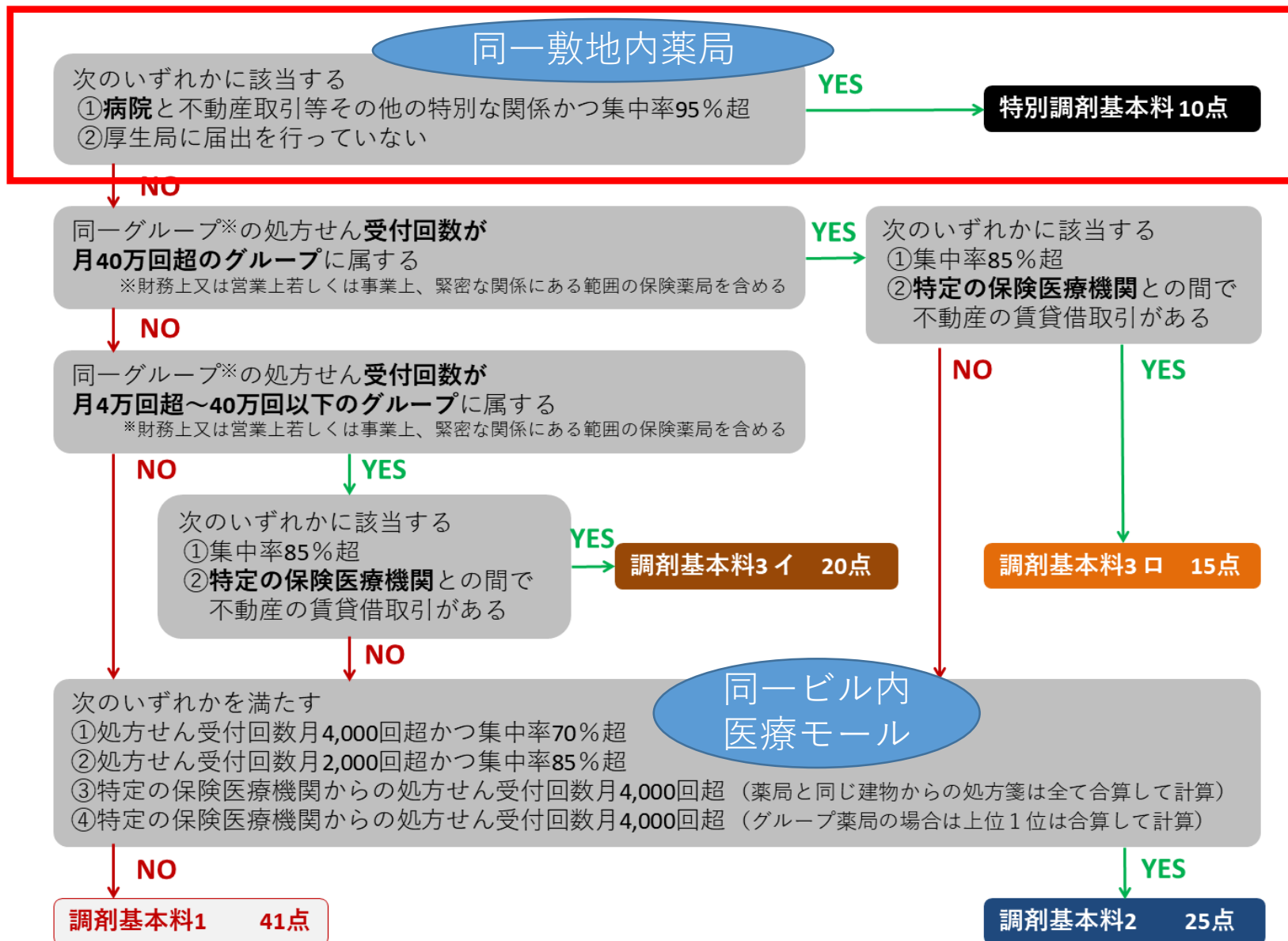
- ⑤ 特別調剤基本料 : 10点

地域密着型か
かりつけ薬局

いわゆる
門前薬局

同一敷地
内薬局

調剤基本料フローチャート



特別調剤基本料（10点）の 算定要件

- 病院である保険医療機関と不動産取引等特別な関係がある薬局で、その病院の処方箋が95%を超える【新設】
- * いわゆる同一敷地内（門内）薬局を想定。
 - 敷地内薬局は、患者の利便性向上などの観点から、規制改革会議が薬局の構造上の独立性について規制緩和を求め、2016年10月1日から制度として運用されている。



愛知県内の門内薬局例

同一敷地内薬局について

- 「医薬分業を行うことと、理想的には地域包括ケアという地域単位の中で面的な分業を行う我々の方向性から真っ向から逆行する」
- 「調剤基本料3よりさらに厳しい評価を作るしかない」

- 中山薬剤管理官



2017年7月30日に都内で開かれた
一般社団法人日本女性薬局経営者の会
(JLIPA) で講演

調剤基本料フローチャート

同一敷地内薬局

次のいずれかに該当する

- ①病院と不動産取引等その他の特別な関係かつ集中率95%超
- ②厚生局に届出を行っていない

YES

特別調剤基本料 10点

NO

同一グループ※の処方せん受付回数が
月40万回超のグループに属する

※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含める

YES

次のいずれかに該当する

- ①集中率85%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

NO

同一グループ※の処方せん受付回数が
月4万回超～40万回以下のグループに属する

※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含める

NO

YES

NO

YES

次のいずれかに該当する

- ①集中率85%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

調剤基本料3イ 20点

調剤基本料3ロ 15点

いわゆる
駅前
薬局

NO

次のいずれかを満たす

- ①処方せん受付回数月4,000回超かつ集中率70%超
- ②処方せん受付回数月2,000回超かつ集中率85%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 (薬局と同じ建物からの処方箋は全て合算して計算)
- ④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 (グループ薬局の場合は上位1位は合算して計算)

NO

調剤基本料1 41点

同一ビル内 医療モール

YES

調剤基本料2 25点

調剤基本料3口（15点）の算定要件

- 【前提】 同一グループの薬局の処方箋受付回数
の合計が1カ月に40万回を超えるグループ【新設】
- ①特定の保険医療機関からの処方割合が85%超
- ②特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係にある薬局

* 40万回を超えるグループは店舗数で300店舗以上になると調剤基本料3に引がかかる。

「同一法人グループ」が「同一グループ」となった。
同一経済状況である法人は1グループと見なす

調剤基本料 3 イ (20点) の算 定要件

- 【前提】 同一グループの薬局の処方箋受付回数
の合計が1カ月に4万回を超えて40万回以下のグ
ループ 【変更】
- ①特定の保険医療機関からの処方割合が85%超
【変更】
- ②特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係に
ある薬局 【継続】

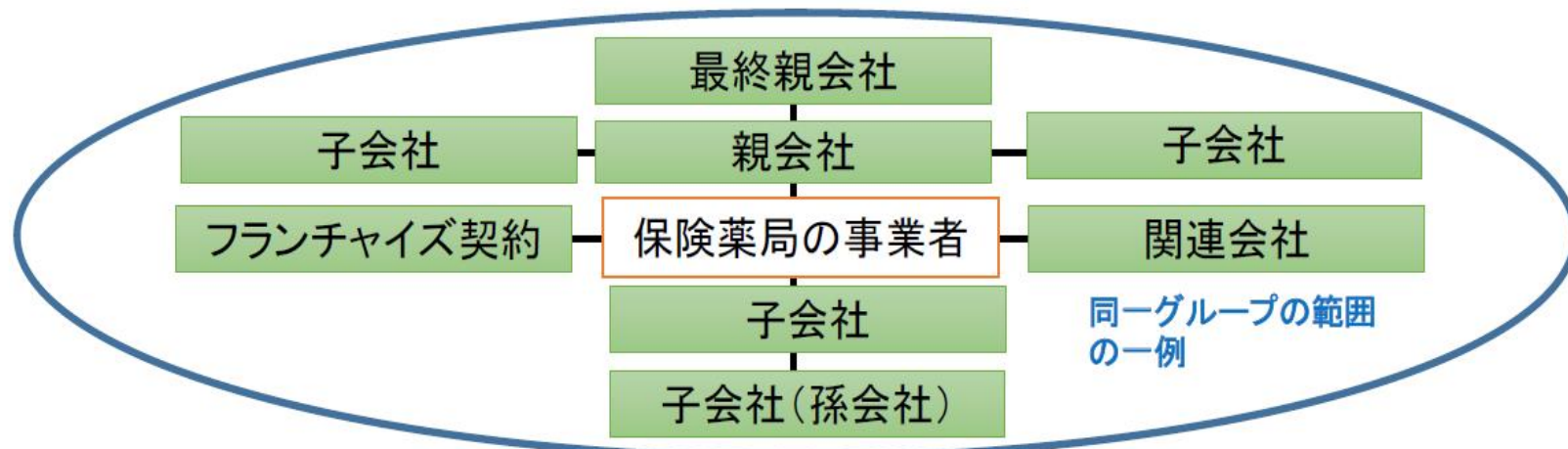
いわゆる門前薬局の評価の見直し②

調剤基本料3における同一グループの考え方

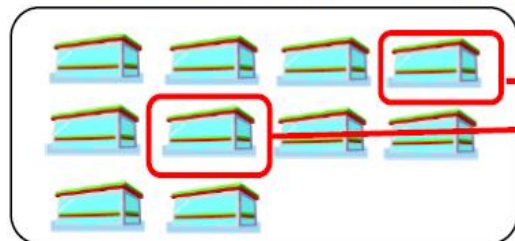
【同一グループの定義】

- 保険薬局の事業者の最終親会社等及び最終親会社等の子会社等、関連会社、フランチャイズ契約をしている者等の範囲の保険薬局(例として、下図の範囲の保険薬局)
- 親子関係等は、議決権の過半数の所有、資本金の過半数の出資、その他これらと同等以上の支配力を有するかどうかをもって判断する。最終親会社が連結財務諸表の提出会社である場合は、連結範囲の会社は同一グループとなる。
- 同一グループにおける処方せん受付回数が月4万回を超えているかどうかの判断は、**2月末時点で所属している保険薬局の1月の処方せん回数(※)の合計**により行う。

※前年3月～当年2月末までの処方せん受付回数を12(ヶ月)で除した値



※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



- ① 処方せん集中率が**95%超**の薬局
- ② 特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある薬局
⇒調剤基本料3(20点)となる

調剤薬局ランキング (2017年7月)

順位	会社名 └ 調剤事業部門 グループ会社	主な調剤薬局	調剤事業 売上高 (億円)	調剤薬局 店舗数	情報
1	株式会社アインホールディングス └ 株式会社アインファーマシーズ 他	アイン薬局	2218.10	1066	2017年4月期
2	日本調剤株式会社	日本調剤	1893.27	557	2017年3月期
3	クラフト株式会社	さくら薬局	1635.00	697	2016年3月期
4	クオール株式会社	クオール薬局	1205.96	596	2017年3月期
5	株式会社スズケン └ 株式会社ファークコス、株式会社エスマイル	ファークコス薬局 エスマイル薬局	977.86	320	調剤基本料 3口
6	総合メディカル株式会社	そうごう薬局	963.26	674	
7	東邦ホールディングス株式会社 (共創未来グループ) └ ファーマクラスター株式会社 他	ファーマみらい	958.07	539	2017年3月期
8	株式会社メディカルシステムネットワーク └ 株式会社ファーマホールディング	なの花薬局	816.50	377	2017年3月期
9	阪神調剤ホールディング株式会社 └ 株式会社阪神調剤薬局	阪神調剤薬局	650.13	311	1カ月の処方箋受付4万回、 およそ店舗数で300店舗
10	株式会社アイセイ薬局	アイセイ薬局	592.00	333	
11	株式会社フロンティア	フロンティア薬局	523.41	156	調剤基本料 3イ
12	ファーマライズホールディングス株式会社 └ ファーマライズ株式会社	ファーマライズ薬局	423.46	249	
13	株式会社トーカイ └ たんぼぼ薬局株式会社	たんぼぼ薬局	407.08	124	2017年6月期
14	薬樹株式会社	薬樹薬局	327.00	150	
15	株式会社メディカルー光	フラワー薬局	56.57	95	

調剤基本料フローチャート

同一敷地内薬局

次のいずれかに該当する

- ①病院と不動産取引等その他の特別な関係かつ集中率95%超
- ②厚生局に届出を行っていない

YES

特別調剤基本料 10点

NO

同一グループ※の処方せん受付回数が
月40万回超のグループに属する

※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含める

YES

次のいずれかに該当する

- ①集中率85%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

NO

同一グループ※の処方せん受付回数が
月4万回超～40万回以下のグループに属する

※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含める

NO

YES

NO

YES

次のいずれかに該当する

- ①集中率85%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

調剤基本料3イ 20点

調剤基本料3ロ 15点

NO

次のいずれかを満たす

- ①処方せん受付回数月4,000回超かつ集中率70%超
- ②処方せん受付回数月2,000回超かつ集中率85%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 (薬局と同じ建物からの処方箋は全て合算して計算)
- ④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 (グループ薬局の場合は上位1位は合算して計算)

NO

YES

調剤基本料1 41点

調剤基本料2 25点

同一ビル内 医療モール

調剤基本料2（25点）の算定要件

- ①1カ月の処方箋受付回数が4,000回を超え、特定の医療機関からの処方割合が70%【継続】
- ②1カ月の処方箋受付回数が2,000回を超え、特定の医療機関からの処方割合が85%超【90%から変更】
- ③特定の医療機関からの処方箋受付回数（薬局がある建物に複数の医療機関（同一ビル内医療モール）がある場合は、建物内すべての医療機関の処方箋を合算）が1カ月に4,000回を超える【変更】
- ④特定の医療機関からの受付回数（同一グループの他の薬局でも、調剤の割合が最も高い医療機関同じ場合は、その他の薬局の処方箋受付回数も合算）が1カ月に4,000回を超える【新設】

③ 同一ビル内医療モールの薬局



④同一法人で2店舗を門前に出店している場合は処方箋は合算



2店舗を出店して、他の薬局
の出店阻止、集中率と処方
せん枚数の分散化

ポイント② 地域支援体制加算：35点 (新設)



基準調剤加算に地域の医療連携が加わった加算

でも基準調剤加算は廃止！



- 基準調剤加算：32点【廃止】



- 地域支援体制加算：35点【新設】

基準調剤加算の内容
に地域との連携に関
する内容が加わった

地域医療に貢献する薬局の評価

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。

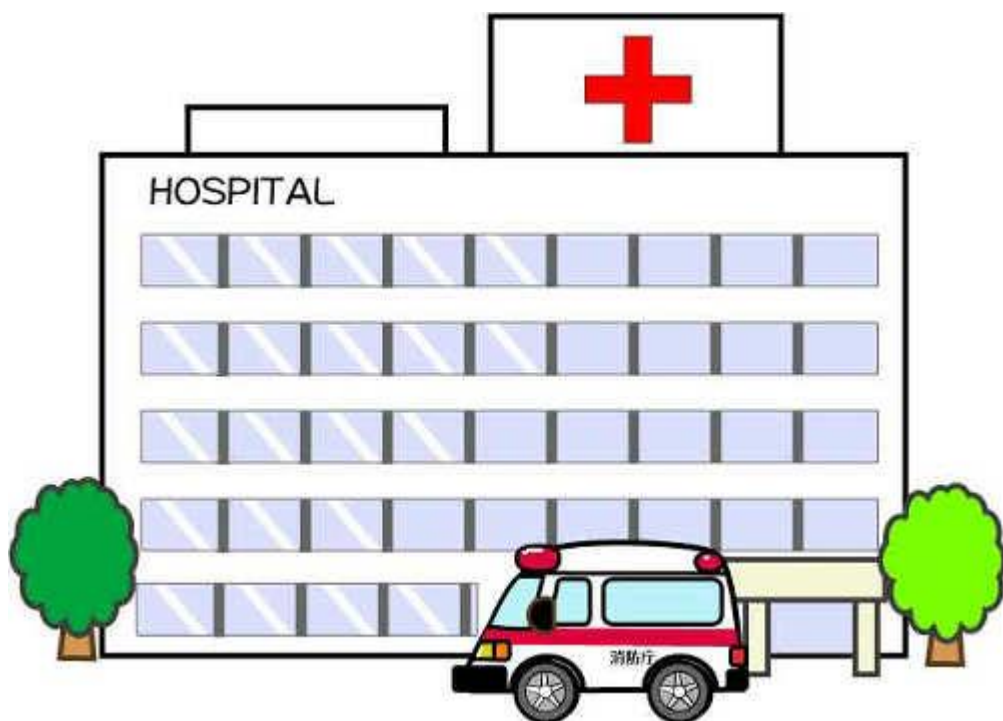
(イ) 当該保険薬局における実労働時間が週32時間以上である保険薬剤師は1名とする。

(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。

ア 時間外等加算、夜間休日等加算の実績が400回！

- 薬剤師1人の実績が400回
- 薬剤師10人いれば4000回

とれるものなら
取ってみろ！



大学病院の救急外来前薬局？

薬局における対人業務の評価の充実③

ウ

1. 重複投薬・相互作用等防止加算

40回

- 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

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	<u>40点</u>
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	<u>40点</u>
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

重複算定は不可

薬局における対人業務の評価の充実①

力 服用薬剤調整支援料

1回以上

- 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。

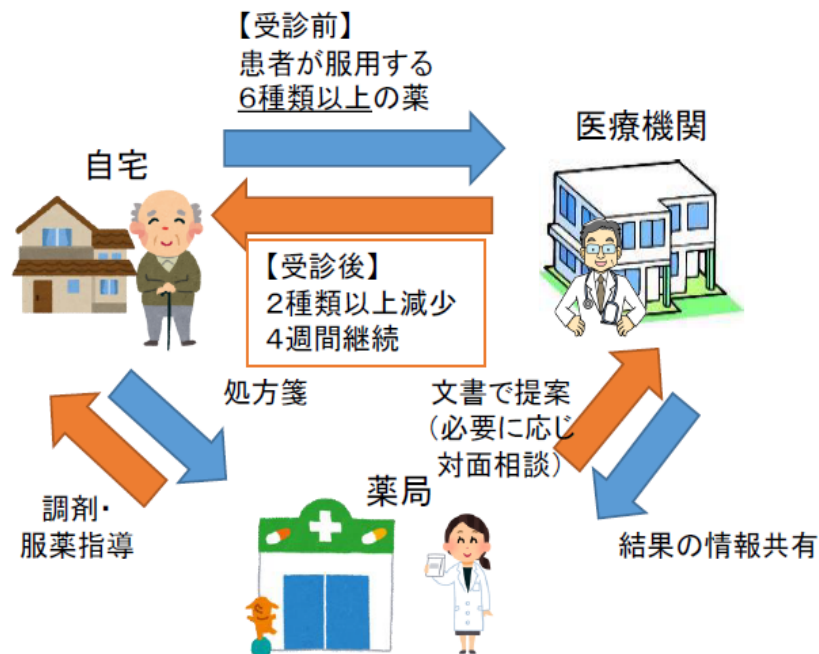
(新) 服用薬剤調整支援料

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。



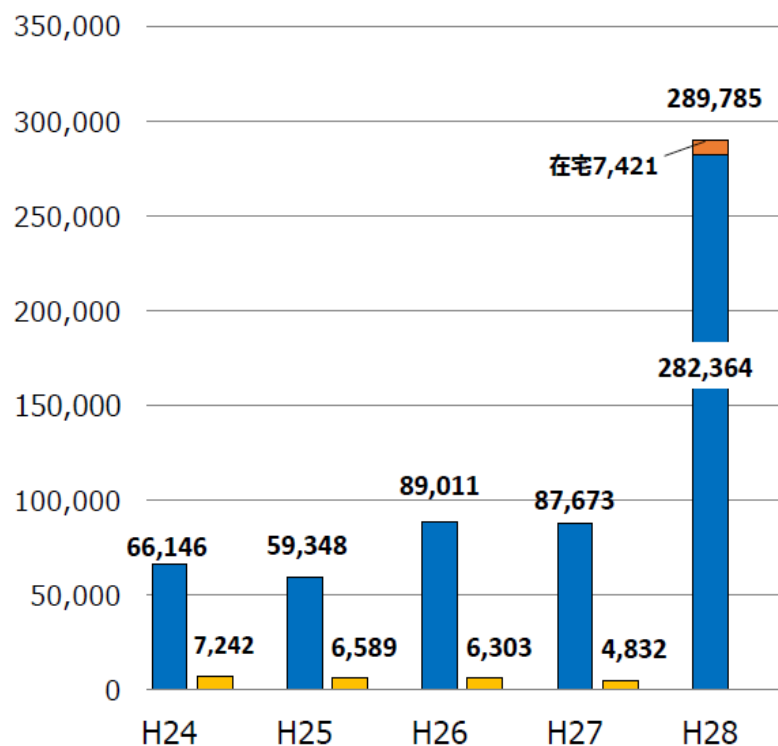
多剤・重複投薬に関する取組の実態

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

➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定件数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む

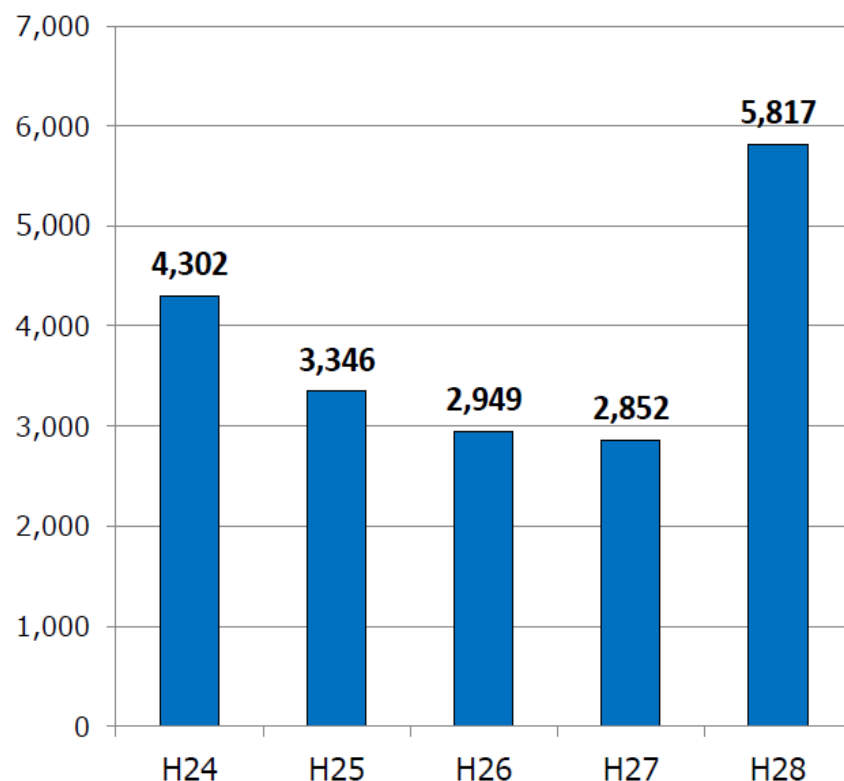
(件/月)



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし

➤ 外来服薬支援料の算定件数

(件/月)



薬局における対人業務の評価の充実②

ク 服薬情報提供料 60回

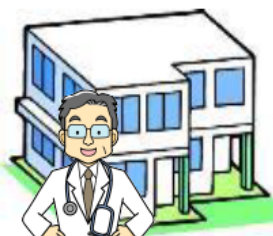
○ 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現行	
【服薬情報提供料】 服薬情報提供料	20点



改定後	
【服薬情報提供料】 服薬情報等提供料1 ※保険医療機関の求めがあった場合	30点
服薬情報等提供料2 ※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合	20点

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・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



保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導

- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※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。

服薬情報等提供書

(別紙様式1)

服薬情報等提供料に係る情報提供書

情報提供先医療機関名

担当医

科

殿

平成 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話

(F A X)

保険薬剤師氏名

印

患者氏名	
性別 (男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 職業	
住所	
電話番号	
処方せん発行日 平成 年 月 日	調剤日 平成 年 月 日
1 処方薬剤の服薬状況 (コンプライアンス) 及びそれに対する指導に関する情報	
2 併用薬剤等 (一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。) の有無 (有・無) ▼ 薬剤名等:	
3 患者の訴え (アレルギー、副作用と思われる症状等) に関する情報	
4 症状等に関する家族、介護者等からの情報	
5 薬剤師からみた本情報提供の必要性	
6 その他特記すべき事項 (薬剤保管状況等)	

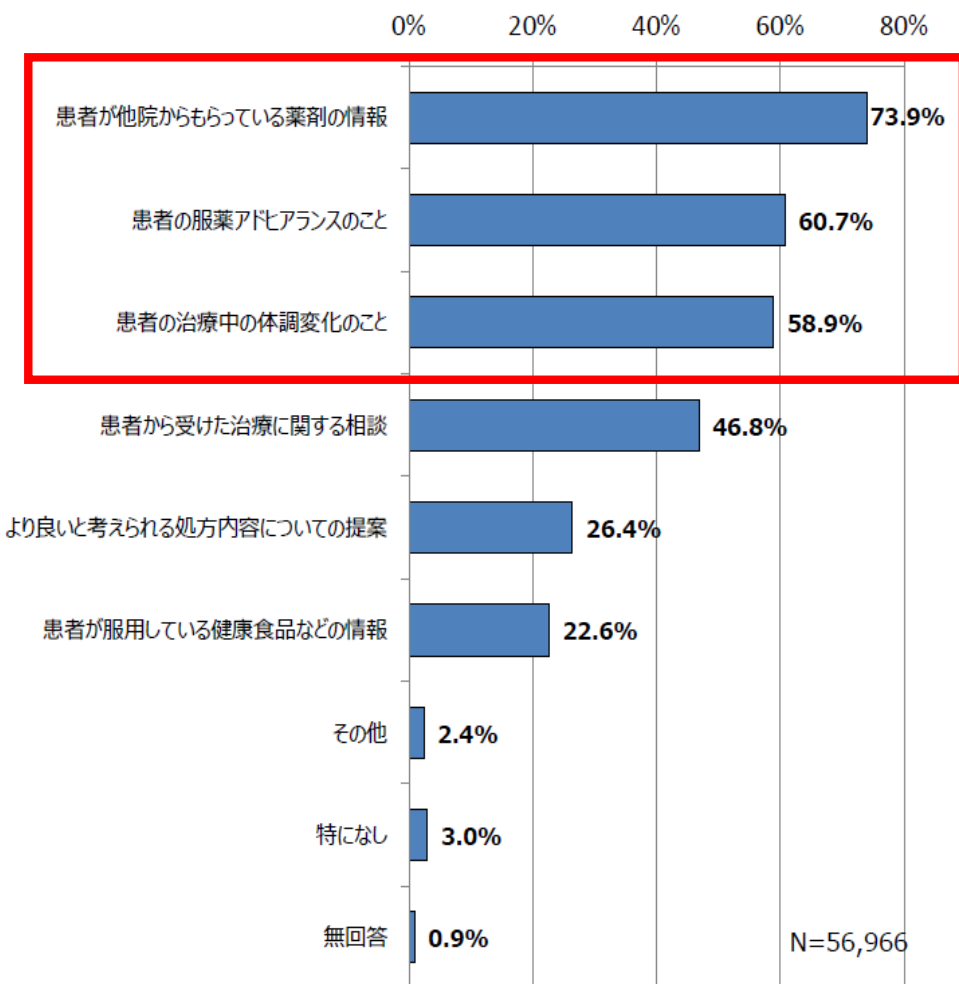
[記載上の注意]

- 1 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
- 2 わかりやすく記入すること。
- 3 必要な場合には、処方せんの写しを添付すること。
- 4 「5」については、薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合のみ、記載すること。

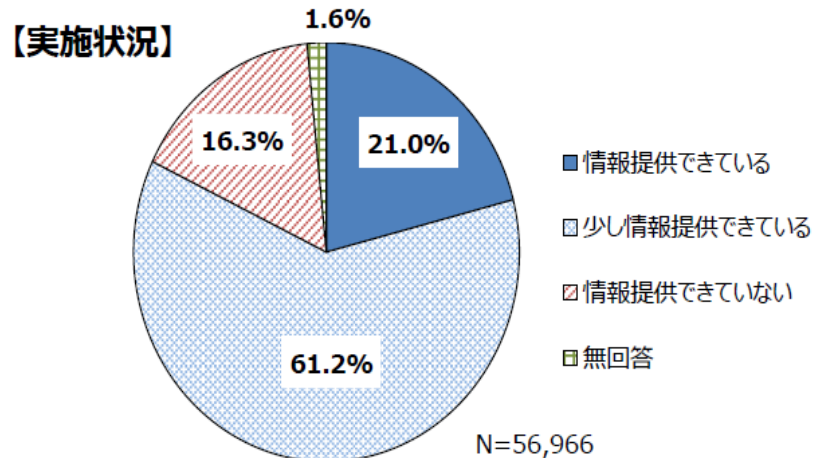
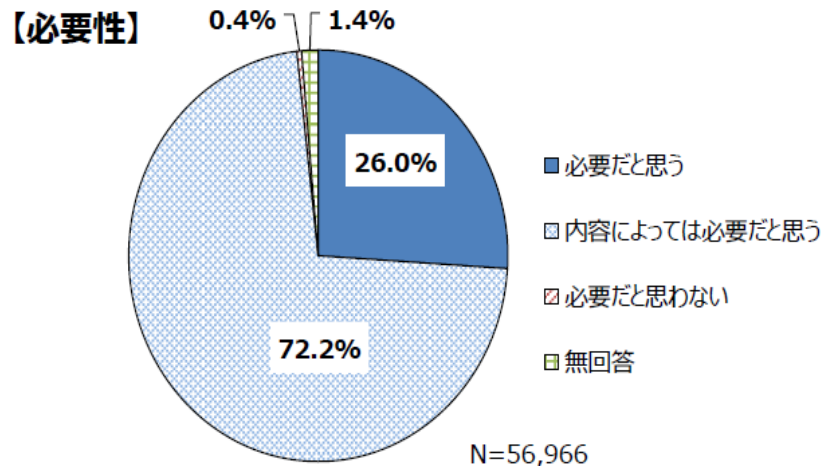
薬局と医療機関の連携として有効と考えられる情報

○ 患者の服薬状況や服用期間中の体調変化について、薬局から医療機関にフィードバックすることが有効と考えられている。保険薬局において、こうした取組の必要性が認識されており、取組が広がっている。

➤ 医療機関との連携として、疑義照会とは別に、フィードバックすることが有効と考えられる情報の内容



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



[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があること。** (※)

(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こと。

(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こと

(4) 一定時間以上開局していること。

(5) 十分な数の医薬品を備蓄していること。

(6) 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。

(7) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局に並びに在宅患者に対する薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(8) 当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問診療体制が整備されていること。

(9) 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体制が整備されていること。

(10) **当該保険薬局以外の医療従事者等に対し、医薬品に係る医療安全に資する情報の共有を行うにつき必要な体制が整備**され、一定の実績を有していること。

(11) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分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5割以上であること。

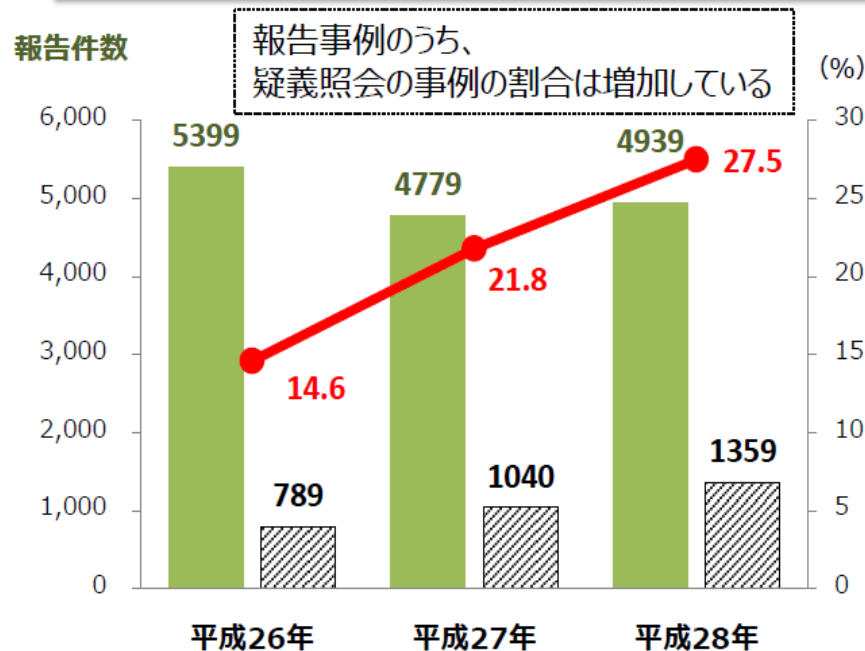
(12) 区分番号00の1に掲げる調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。①麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。②在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。③かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。

日本医療機能
評価機構への
ヒヤリハット
情報が増えて
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、平成21年4月よりヒヤリ・ハット事例等を薬局から収集し、集積した情報の分析・評価を行っている（事業は公益財団法人日本医療評価機構が実施）



■ ヒヤリ・ハット事例（全体数）

▨ 疑義照会の事例（内数）

● 疑義照会の事例の割合（%） $\left[\frac{\text{疑義照会の事例（内数）}}{\text{ヒヤリ・ハット事例（全体数）}} (\%) \right]$

※ヒヤリ・ハット事例の報告範囲

- 調剤業務に関する事例（薬剤取違えや規格・剤形間違い等）
- 医療機関に対して疑義照会を行った結果、処方変更等が行われた事例

等

ヒヤリ・ハット報告事例

【事例①：疑義照会により処方変更に至った事例】

- 数年ぶりに来局した患者に、閉塞隅角緑内障の患者には禁忌である過活動膀胱治療剤 A の処方があった。
- 薬剤服用歴とお薬手帳の記録から、「緑内障治療点眼液 B を使用しており治療中」とあり、緑内障治療点眼液 B を処方した医療機関に確認したところ、当該患者は閉塞隅角緑内障であった。
- 過活動膀胱治療剤 A を処方した医師に疑義照会し、閉塞隅角緑内障の患者には禁忌ではない過活動膀胱治療剤 C へ処方変更した。

【事例②：疑義照会により処方中止に至った事例】

- 中等度以上の腎機能障害のある患者には禁忌である高血圧症治療剤 A の処方があった。
- 患者から「以前服用していた利尿剤 B で胸の張り痛みがあるので、薬を変更することになった」との話があり、処方箋に記載された検査値を確認したところ、Cr（クレアチニン値）1.59、eGFR（推算糸球体濾過値）34.7であった。
- 検査値から中等度以上の腎機能障害であることが確認されたので、高血圧治療薬 A を処方した医師に疑義照会し、高血圧治療剤 A は処方中止となった。

薬局ヒヤリ・ハット事例集

- 日本医療機能評価機構「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」
- 「共有すべき事例」 2018年1月5日
 - (1) 調剤前の処方せん内容などのチェック（処方監査）に見落としがあった
 - (2) 処方せんを出した医療機関とは別の医療機関での処方された薬剤のチェックに見落としがあった（重複処方）
 - (3) 併用禁忌薬剤が処方され、処方内容を変更した
 - (4) 薬剤数量を誤って交付した
 - (5) 薬剤の量を誤って交付しそうになった

薬局ヒヤリ・ハット事例 処方監査の見落とし、重複投与

• (1) 多量のボナロン経口ゼリーが処方され、薬局薬剤師がそのまま交付してしまった

- 服用が週1回でよいボナロン経口ゼリーを、処方医が誤って一度に35日分（35週分）も処方してしまった。保険薬局の薬剤師が35日連用おかしいと疑義紹介をすべきところを、そのまま35日交付した。
- 幸い患者が飲みなれていた薬なので、週一回の服用を守っていたのでヒヤリハットとなった

• (2) 精神安定剤「デパス錠0.5mg」（エチゾラム）の重複処方に、薬局薬剤師が気付くのが遅れてしまった

- お薬手帳を持っていない患者が複数の医療機関でデパスの重複投与を受けていた。

薬局ヒヤリ・ハット事例

併用禁忌の確認

- **併用禁忌薬が処方**され処方内容を変更した

- イムラン錠50mg（アザチオプリン）を定期的に服用する患者について尿酸値が高くなったため、尿酸を押さえる「フェブリク錠10mg」（フェブキソスタット）が追加処方された。
- アザチオプリンとフェブキソスタットの併用は骨髄抑制を起こす危険がある
- 薬剤師は処方監査時にこれを見逃し、処方どおりに調剤を行った。
- 幸いにも患者への公布前に確認した電子薬歴システムで使用禁忌に気づいて事なきを得た

医薬関係者(医師・薬剤師等)による副作用報告について

- ◆ 近年の医療用後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及、ポリファーマシーによる医薬品単剤のみではない複合的な副作用の発生等、医薬品の安全性を取り巻く環境変化を考慮し、製薬企業経由のみならず、医薬関係者から国・PMDAへの直接報告を推進することが重要。
- ◆ 医薬品医療機器法第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ダンス骨子」を踏まえ、今後、医療従事者が報告体制を整えるための手引きが整備されることとなっている。

(参考)近年の医薬品の副作用報告数の推移

	企業報告	医薬関係者からの報告
平成24年度	41,413	4,147
平成25年度	38,427	5,420
平成26年度	49,276	6,180
平成27年度	51,065	6,129

組織的な医療安全対策の強化の一環として、副作用の早期発見や速やかな報告体制の強化が重要。

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

「医薬関係者の副作用報告ガイダンス骨子」

平成29年7月10日付け医薬・生活衛生局総務課・医薬安全対策課事務連絡

1. 速やかに報告する副作用

- 死亡、障害及びそれらにつながるおそれのある症例等について、重篤度分類基準を参考として、重篤なもの(グレード3)を15~30日を目途に当局に報告

2. 医療機関の対応について

- 医療機関内での診療科間、診療科と薬剤部門間における情報共有、連携。連携方法のあらかじめの共有。
- 副作用が疑われる症例に関する情報の医療機関内での集約・一元化。管理者を定め、情報の恒常的な把握。

3. 薬局の対応について

- 処方した医療機関への受診勧奨によるフィードバック。患者の副作用、検査値等の情報共有。
- 情報共有の結果、薬局から副作用報告を行うこととした場合、提出に際し、処方した医療機関は連名として記入する。

ポイント③

かかりつけ薬剤師



かかりつけ薬局と かかりつけ薬剤師



国際医療福祉大学三田病院
(港区三田)

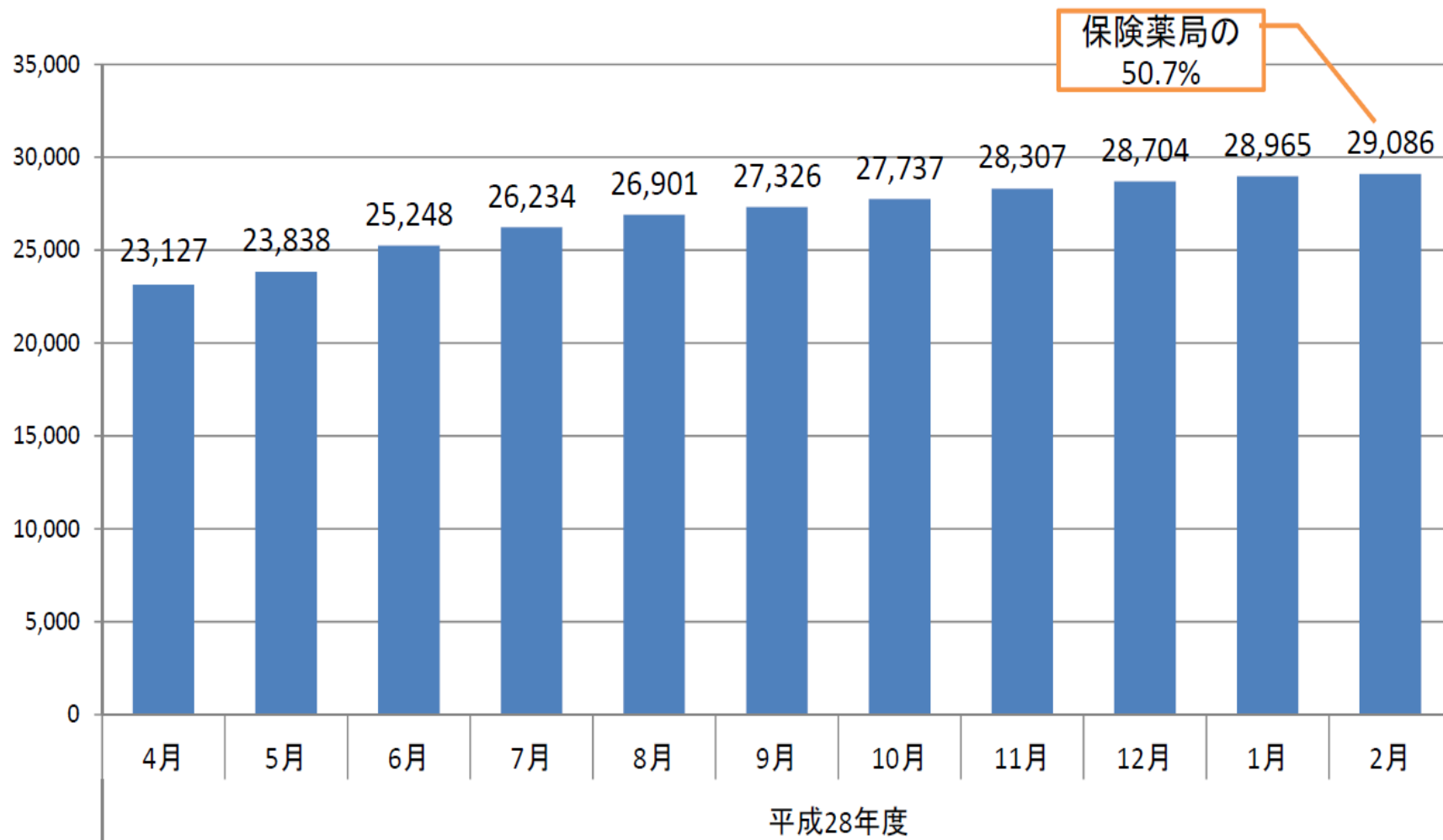
三田薬局のかかりつけ薬剤師の「くまちゃん」にジェネリック（アムロジピン、ロサルタン）を調剤してもらっています。



かかりつけ薬剤師の「くまちゃん」

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の届出状況

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を届け出ている薬局は、平成29年2月で50.7%であった



かかりつけ薬剤師の 勤務要件の変更

- 以下に掲げる勤務要件等を有していること
- 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務（変わらず）
- 当該保険薬局に週32時間以上（32時間以上勤務するほかの保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法で定める機関は週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。
- 施設基準の届け出時において、当該保険薬局に12カ月以上在籍している。

ポイント④

在宅訪問・残薬解消



在宅療養支援診療所と薬剤師



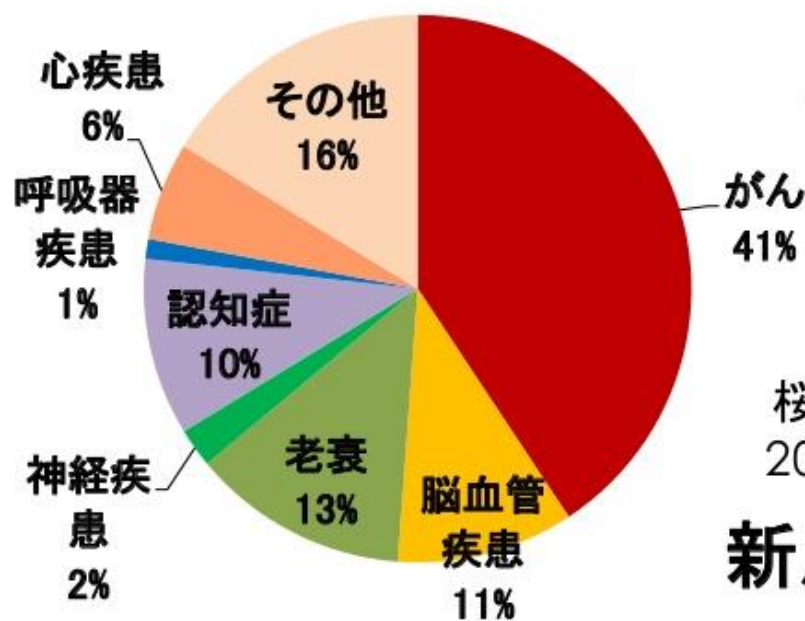
桜新町アーバンクリニック(東京世田谷)



遠矢医師 大須賀薬剤師

桜新町アーバンクリニック在宅医療部

- 東京都世田谷区
- 医師:常勤4名 非常勤4名
- 看護師:常勤7名
- 薬剤師:常勤1名(H25.2~)
- 一般在宅患者数 200名



桜新町アーバンクリニック
2011.6 ~ 2012.3 (n=86)

新患の疾患別割合

薬剤師の往診同行



訪問薬剤師の業務

往診同行

- 新患初回訪問同行、服薬状況把握
- 在宅での持続可能な管理方法の提案
- 処方変更提案
- 処方作成支援
- 院外薬局との連携、処方箋事前確認
- 退院前カンファレンスへの参加

お薬減らしの提案もする！



院内薬剤情報管理

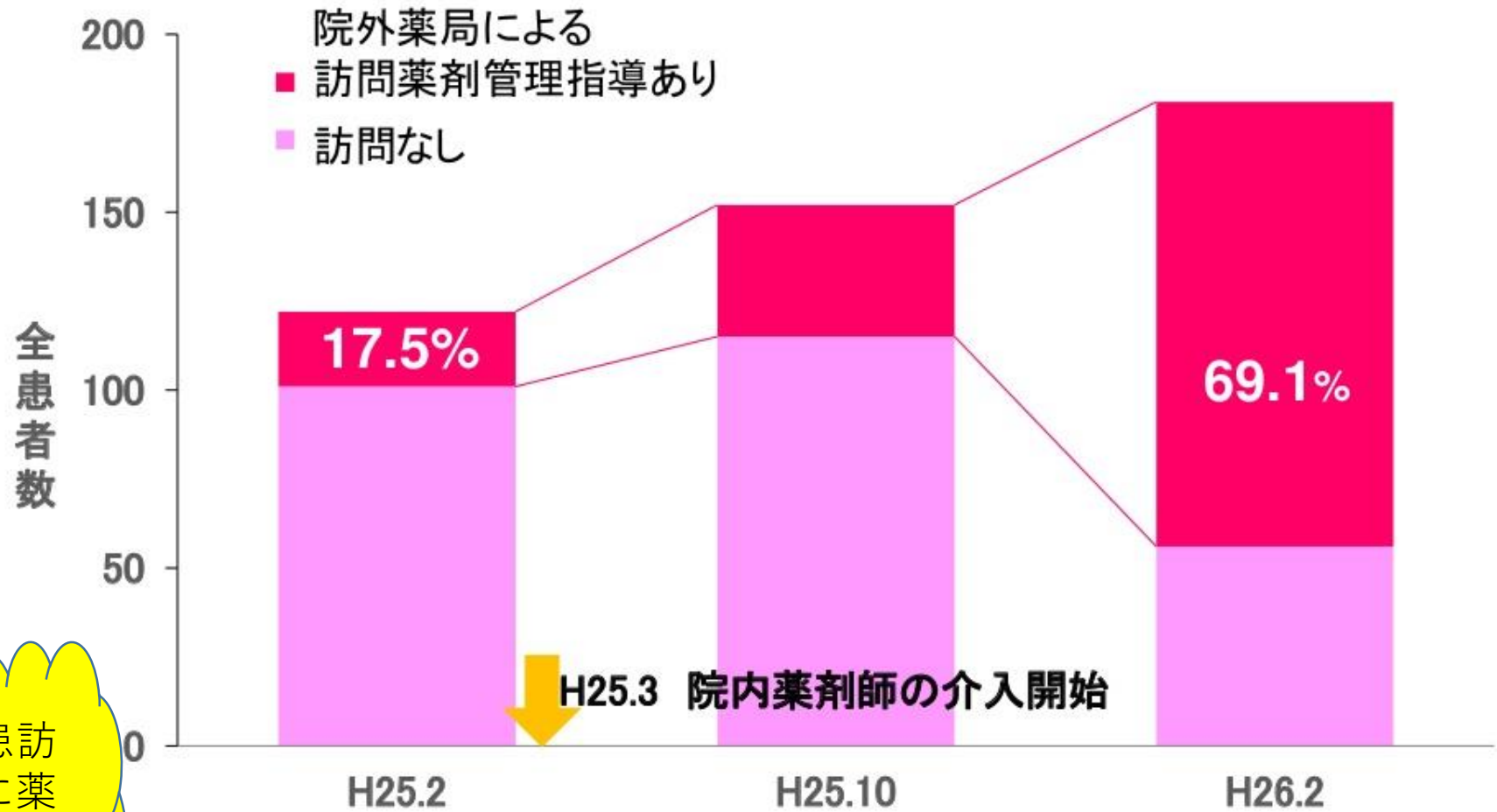
- セット処方作成、処方標準化
- 製薬会社、卸等との渉外担当
- 院内勉強会の開催

品名	数量	単位
アンペック錠(10)	5	錠
ダイアップ錠(4)	5	錠
ナカゼリン錠(50)	5	錠
ボネクレン錠(25)	5	錠
セニラン錠(10)	5	錠
不眠時・呼吸困難時	1	錠



←ターミナル用処方箋

訪問薬剤管理指導導入割合(院外薬局)



新患訪問に薬局薬剤師を同行

⇒ 地域の薬局との薬薬連携の強化により、在宅対応力が向上

在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

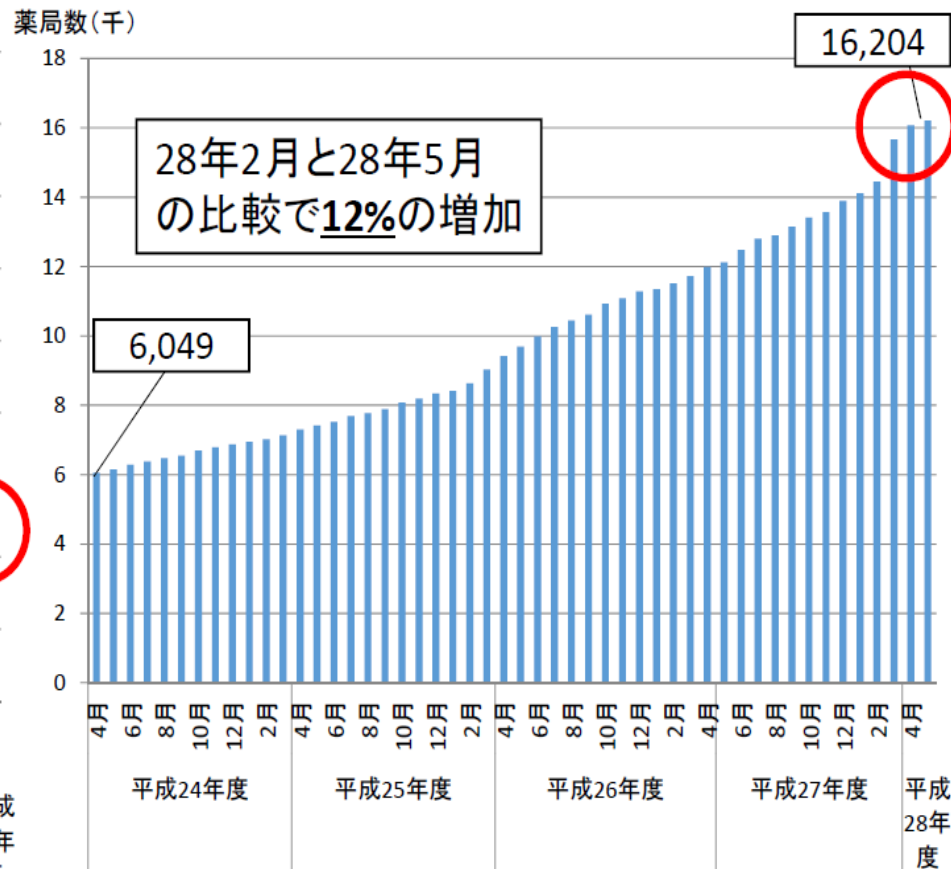
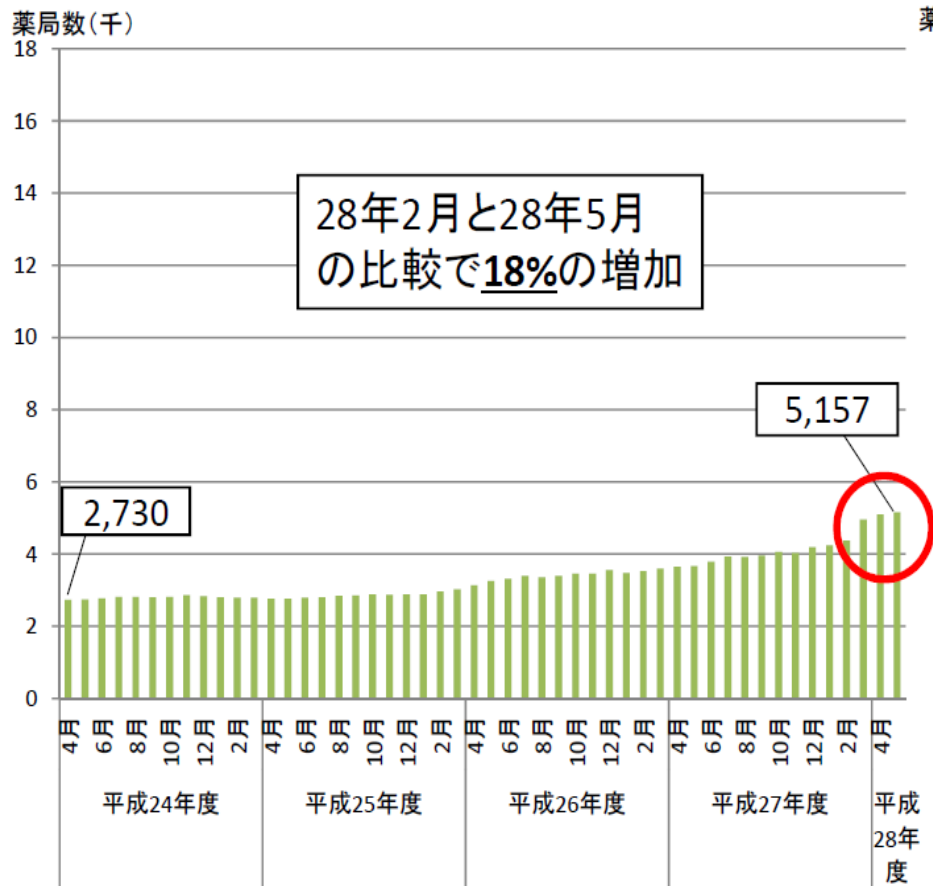
中医協 総-3

29.1.11

基準調剤加算の見直しにより在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)特別集計、老健局老人保健課作成

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進①

- 在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現行

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- | | |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 650点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 300点 |

[同一建物居住者]

当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。



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

[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

ポイント⑤

分割調剤と日本版 リフィル処方

リフィル処方箋とは、一定の定められた期間内に反復使用できる**処方箋**のことである

リフィル処方箋

- リフィル処方箋は米国では1951年から導入

CHRISTOPHER UNGER, M.D.
8218 WISCONSIN AVENUE SUITE 208
BETHESDA, MARYLAND 20814
TELEPHONE (301) 986-9495

NAME _____ AGE _____
ADDRESS _____ DATE 7-22-09

R Crestor 10 mg
90
Sig T po qd

MAY HAVE GENERIC EQUIVALENT

REFILL 4 TIMES

C. UNGER, M.D.

国	リフィル処方箋の導入
アメリカ合衆国	済
フランス	済
ドイツ	未
イギリス	済
オーストラリア	済

リフィル4回まで可

分割調剤と処方箋様式の変更

- (1) 分割指示に係る処方せんを発行する場合、分割の回数は3回までとすること。
- (2) 分割指示に係る処方せんを発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方せん及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。
- (3) 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る処方せんの交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。
- (4) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。
- (5) 受付保険薬局情報において、1枚目の処方せんが処方せんの使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方せんは無効とすること。

分割処方箋様式

日本版リフィル
処方箋

処 方 箋											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
分割指示に係る処方箋 分割の 枚目											
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	男 女	電 話 番 号								
	区 分	被保険者	保 険 医 氏 名								
		被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
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。			
処 方	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「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
	備考										
保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。									
		保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」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									

備考 1. 「処方」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. 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（昭和54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。

様式第二号の二(第二十三条関係)

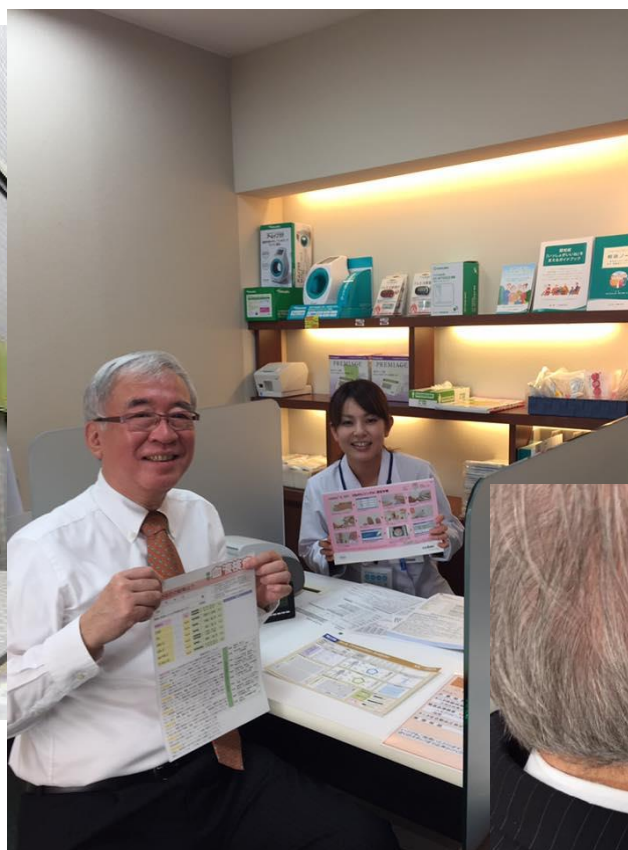
分割指示に係る処方箋（別紙）	
(発行保険医療機関情報)	
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先	
電話番号	FAX番号
その他の連絡先	
(受付保険薬局情報)	
枚目を受け付けた保険薬局	
名称	
所在地	
保険薬剤師氏名	(印)
受付年月日	
枚目を受け付けた保険薬局	
名称	
所在地	
保険薬剤師氏名	(印)
受付年月日	
枚目を受け付けた保険薬局	
名称	
所在地	
保険薬剤師氏名	(印)
受付年月日	

様式第二号の二

健康サポート薬局で リフィル+検査してはどうか？



日本調剤麻布十番薬局（港区）



ヘモグロビンA1Cとコレステロール値
が6分でわかる！ 超便利！

ポイント⑥ 医薬品適正使用ガイドライン



2018年2月21日「第3回 高齢者医薬品適正使用
ガイドライン作成ワーキンググループ」

高齢者に使用する場合の留意事項

- (A) 催眠鎮静薬・抗不安薬
 - 例えばベンゾジアゼピン系薬剤は依存を起こす可能性があり、海外のガイドラインでも投与期間を4週間以内としていることも留意すべき
- (B) 抗うつ薬（スルピリド含む）
 - 高齢者のうつ病治療には、心理社会的要因への対応、症状の個人差に応じたきめ細かな対応が重要。三環系抗うつ薬は、特に慎重に使用する
- (C) BPSD治療薬：薬剤がBPSD（問題行動）を引き起こすこともある
- (D) 高血圧治療薬：服薬アドヒアランス等を考慮して薬剤数はなるべく少なくする
- (E) 糖尿病治療薬：高齢者糖尿病では安全性を十分に考慮した治療が求められる。特に75歳以上やフレイル・要介護では認知機能やADL、サポート体制を確認したうえで、それぞれに治療目標を設定すべきである
- (F) 脂質異常症治療薬：生活習慣の指導に重点を置きつつ薬物治療を考慮する必要がある
- (G) 抗凝固薬：高齢であることが抗凝固薬投与時の出血リスクを上昇させることに配慮し、リスク・ベネフィットバランスを評価して投与の可否を判断する。抗血栓薬等の併用療法は避ける

高齢者に使用する場合の留意事項

- (H) 消化性潰瘍治療薬
 - 特に逆流性食道炎（GERD）において長期使用される傾向にあるが、薬物有害事象も知られており、長期使用は避けた
- (I) 消炎鎮痛剤
 - NSAIDs 上部消化管出血や腎機能障害、心血管障害などの薬物有害事象のリスクがあり、高齢者には特に慎重な投与を要する
- (J) 抗微生物薬（抗菌薬・抗ウイルス薬）
 - ▼感冒▼成人の急性副鼻腔炎▼A群β溶血性連鎖球菌が検出されていない成人の急性気管支炎（百日咳を除く）▼軽症の急性下痢症一では、抗菌薬投与を行わないことが推奨されている。ただし、高齢者は上記の感染症でも重症化する恐れがあることに注意する
- (K) 緩下薬：便秘の原因となる薬剤を使用している場合は、原因薬剤の変更・中止を検討。水分制限がある疾患でなければ、水分摂取を促し、食物繊維を取り入れた食事療法と適度な運動で改善を図る
- (L) 抗コリン系薬剤
 - 口渇、便秘の他に中枢神経系への有害事象として認知機能低下やせん妄などを引き起こすことがあるので注意する

表3 処方工夫と服薬支援の要点

服用薬剤数を減らす	<ul style="list-style-type: none"> ●力価の弱い薬剤を複数使用している場合は、力価の強い薬剤にまとめる ●配合剤の使用 ●対症療法的に使用する薬剤は極力頓用で使用する ●特に慎重な投与を要する薬物のリストの活用
剤形の選択	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の日常生活動作（ADL）の低下に適した剤形を選択する
用法の単純化	<ul style="list-style-type: none"> ●作用時間の短い薬剤よりも長時間作用型の薬剤で服用回数を減らす ●不均等投与を極力避ける ●食前・食後・食間などの服用方法をできるだけまとめる
調剤の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ●一包化 ●服薬セットケースや服薬カレンダーなどの使用 ●剤形選択の活用（貼付剤など） ●患者に適した調剤方法（分包紙にマークをつける、日付をつけるなど） ●嚥下障害患者に対する剤形変更や服用方法（簡易懸濁法など）の提案
管理方法の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ●本人管理が難しい場合は家族などの管理しやすい時間に服薬をあわせる
処方・調剤の一元管理	<ul style="list-style-type: none"> ●処方・調剤の一元管理を目指す

⑦ジェネリック医薬品

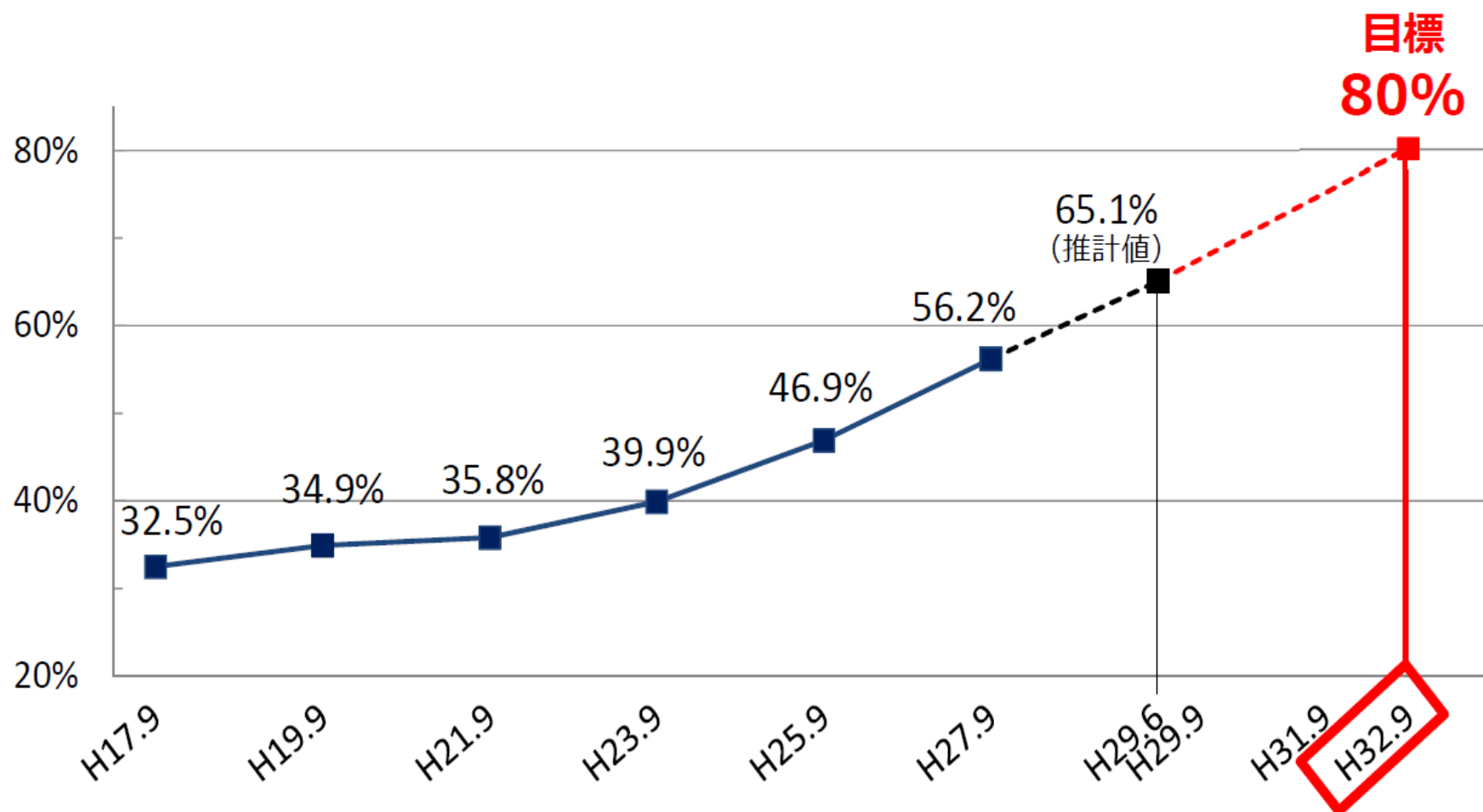


私もジェネリック飲んで
います！



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に、更なる使用促進策を検討する。



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

薬局における後発医薬品の使用促進

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

現行		➔	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

ただし、以下の場合を除く。

- 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

[施設基準]

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

- (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2割以下であること。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) (1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。

パート 3

薬価制度改革と薬価改定

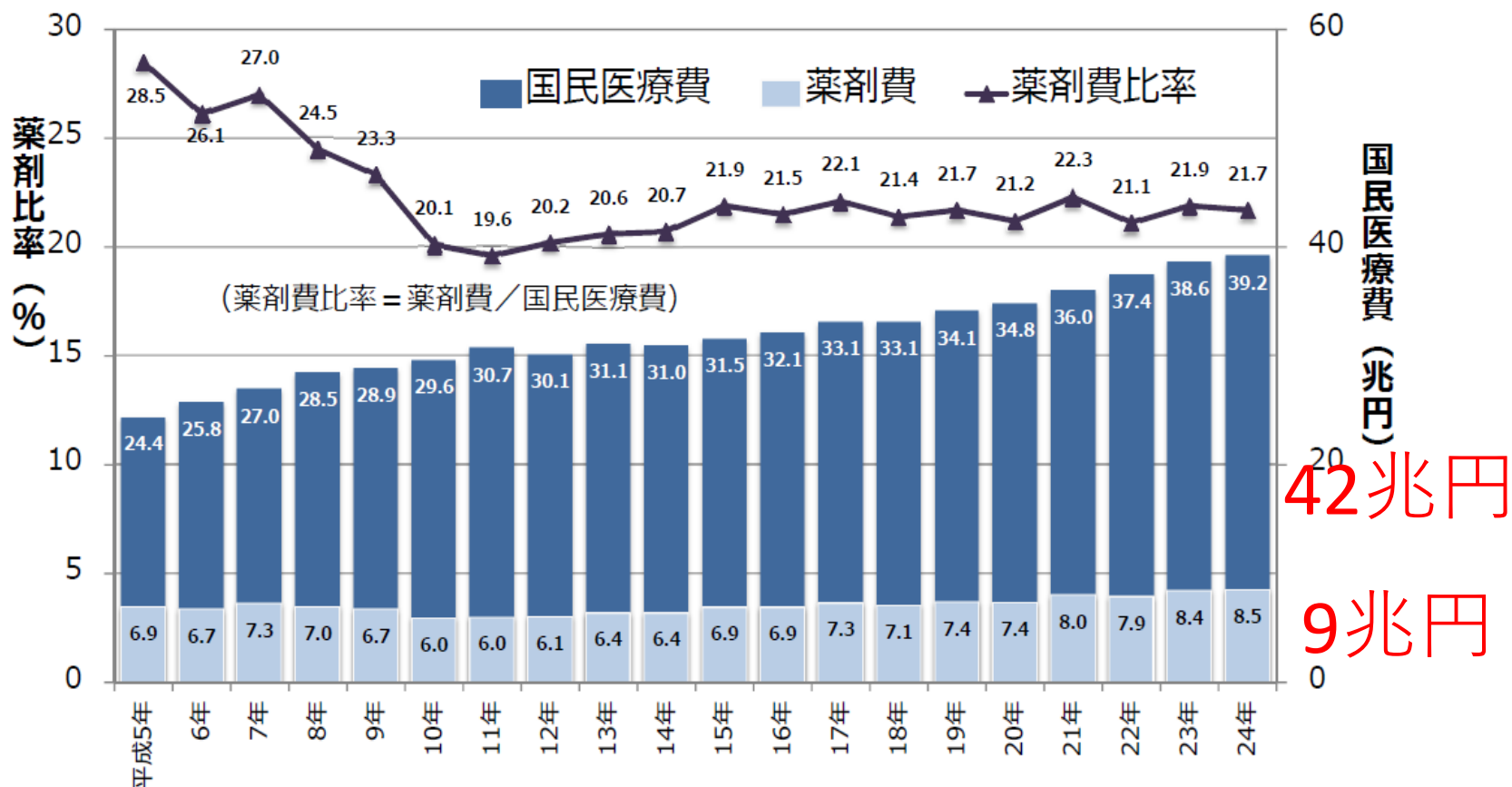


中医協薬価専門部会

医療費の要因別伸びの動向 ⑤薬剤費について

⑤-1 薬剤費と薬剤費比率の動向

国民医療費に占める薬剤費の割合はここ近年横ばいであり、概ね国民医療費の伸び率と薬剤費の伸び率は同程度となっている。



(出典)厚生労働省 中央社会保険医療協議会薬価専門部会「薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移」

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要であり、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要ではないか。

【考えられる具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
 - ▷ 「薬価制度改革の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえた薬価制度改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
 - ▷ 後発医薬品の使用に係る目標を達成するための取組の推進
- ・費用対効果の評価
 - ▷ 試行的導入対象の医薬品・医療機器に係る費用対効果評価の結果を踏まえた価格の設定、制度化に向けた検討
- ・医薬品の適正使用の推進
 - ▷ 医師・薬剤師の協力による、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等を減らすための取組の推進
- ・薬局の機能に応じた評価の推進
 - ▷ いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化（再掲）
- ・医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価

薬価制度の抜本改革



- 薬価制度の抜本改革の基本方針
 - 「4閣僚合意」が政府より公表（2016年12月20日）
 - 塩崎恭久厚生労働相、麻生太郎財務相、石原伸晃経済再生担当相、菅義偉官房長官の関係4閣僚の合意
 - 薬価制度改革の基本方針
 - 「国民皆保険の持続性、イノベーションの推進を両立しながら、国民負担の軽減と医療の質の向上を実施しつつ、**薬価制度抜本改革**に取り組む」

薬価制度改革の基本方針 (4閣僚合意)

- ①年4回の薬価見直し
 - 効能の追加などで販売額が急増した薬は、年4回新薬収載の機会を活用して薬価を見直す
- ②毎年薬価改定
 - 現在は2年に1度の薬価改定を毎年実施に切り替える（中間年は大手卸売業に絞って実際の取引価格を調査）
- ③費用対効果
 - 費用対効果を薬価に反映させる仕組みを本格的に導入

① 年4回の薬価見直し

- 年4回の薬価見直し

- 保険収載後の状況の変化に対応できるように、効能追加などに伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。

- オプジーボ

- 当初、市場規模の小さな黒皮腫を適応として薬価が決まった。しかしその後、市場規模のはるかに大きな非小細胞性肺がんにも効能効果が追加された。しかし黒皮腫のときの高薬価が適応拡大後も長期間にわたって放置されたことを受けてとられた措置だ。

オプジーボの薬価は 2年間放置された

オプジーボをめぐる経緯



2014年9月

対象

皮膚がん患者
(約470人)

100mg瓶で約73
万円に決定。
想定売り上げ
年31億円

15年12月

対象

肺がん患者を追加
(約1万5千人)

想定売り上げ
年1260億円に

16年 11月

2016年11月、緊急薬価改定によって
薬価を50%引き下げ（中医協）

② 毎年薬価改定

経済財政諮問委員会（2016年11月26日）



民間議員、毎年薬価改定で1900億円の医療費削減！

② 毎年薬価改定

- 2年に1回の薬価見直し
 - 薬価はこれまで2年に一度、前年の市場実勢価格を調査の上、改定を行っている。
- 毎年薬価改定
 - 2年に1回の薬価改定を毎年実施して、その結果を適時に薬価に反映することで、国民負担を抑制することになった。
 - この毎年薬価改定について各界はこぞって反対した
- 毎年、全品の薬価調査を行うわけではない
 - 2年のごとの全品薬価調査の中間年は価格乖離の大きな品目について4大卸による調査を行うことになる。
- 「乖離が大きい医薬品」
 - 品目数の試算では、2015年薬価調査の平均乖離率8.8%に対し、乖離率15%以上で対象となる品目は3970品目にのぼる。
 - ただ該当品目に当てはまるものの大半が後発品であるという。

③費用対効果の本格導入等

- 新薬創出加算の見直し
 - 革新的新薬創出の促進に向け、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度のゼロベースでの抜本的見直し
- 費用対効果の本格的導入
 - 真に有効な医薬品を適切に見極めて、イノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。
 - すでにオプジーボやソバルデイ、ハーボニーなどの既収載品については、費用対効果の評価が2016年から試行導入されることが決まっている。
 - 試行導入では既収載品の評価であるが、今後の議論によっては諸外国で行われているように新規収載品についても導入ということも有り得る。

分析方法(主な概要) <医薬品>

※ 各品目の費用効果分析については、効果指標はQALY(質調整生存年)、費用指標は公的医療費を基本としている。

品目(一般名) <企業名>	対象疾患等	比較対照技術
<u>ダクルインザ/スンベブラ</u> (ダクラタスビル/アスナプレビル) <ブリストル・マイヤーズ>	C型慢性肝炎・肝硬変 (ジェノタイプ1型)	ペグインターフェロン+リバビリン+シメプレビル
<u>ハーポニー</u> (レジパスビル+ソホスビル) <ギリアド・サイエンシズ>		ペグインターフェロン+リバビリン+シメプレビル ダクルインザ/スンベブラ(ダクラタスビル+アスナプレビル)
<u>ヴィキラックス</u> (オムビタスビル+パリタプレビル+リトナビル) <アッヴィ>		ダクルインザ/スンベブラ(ダクラタスビル+アスナプレビル) ハーポニー(レジパスビル+ソホスビル)
<u>ソバルディ</u> (ソホスビル) <ギリアド・サイエンシズ>	C型慢性肝炎・肝硬変 (ジェノタイプ2型)	ペグインターフェロン+リバビリン+テラプレビル

(参考) C型慢性肝炎治療薬の主な変遷

(※企業資料、学会ガイドライン等を参考)

	ジェノタイプ1型	ジェノタイプ2型
平成4年	インターフェロン	
平成15年	ペグインターフェロン	
平成16~17年	ペグインターフェロン+リバビリン	
平成23年	ペグインターフェロン+リバビリン+テラプレビル	
平成25年	ペグインターフェロン+リバビリン+シメプレビル	
平成26年	ダクラタスビル+アスナプレビル (ダクルインザ、スンベブラ)	ペグインターフェロン+リバビリン+テラプレビル
平成27年	レジパスビル+ソホスビル(<u>ハーポニー</u>) オムビタスビル+パリタプレビル+リトナビル(<u>ヴィキラックス</u>)	ソホスビル(<u>ソバルディ</u>)+リバビリン

(中医協資料より)

品目 (一般名) <企業名>	対象疾患等	比較対照技術
オブジーボ (ニボルマブ) <小野薬品工業>	(1)根治切除不能な悪性黒色腫 (2)切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 (3)根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	(1)悪性黒色腫 ダカルバジン (2)肺癌 ドセタキセル (3)腎細胞癌 エベロリムス
カドサイラ (トラスツズマブエムタンシン) <中外製薬>	HER2陽性の手術不能又は再発乳癌	ラパチニブ+カペシタピン等

(中医協資料より)

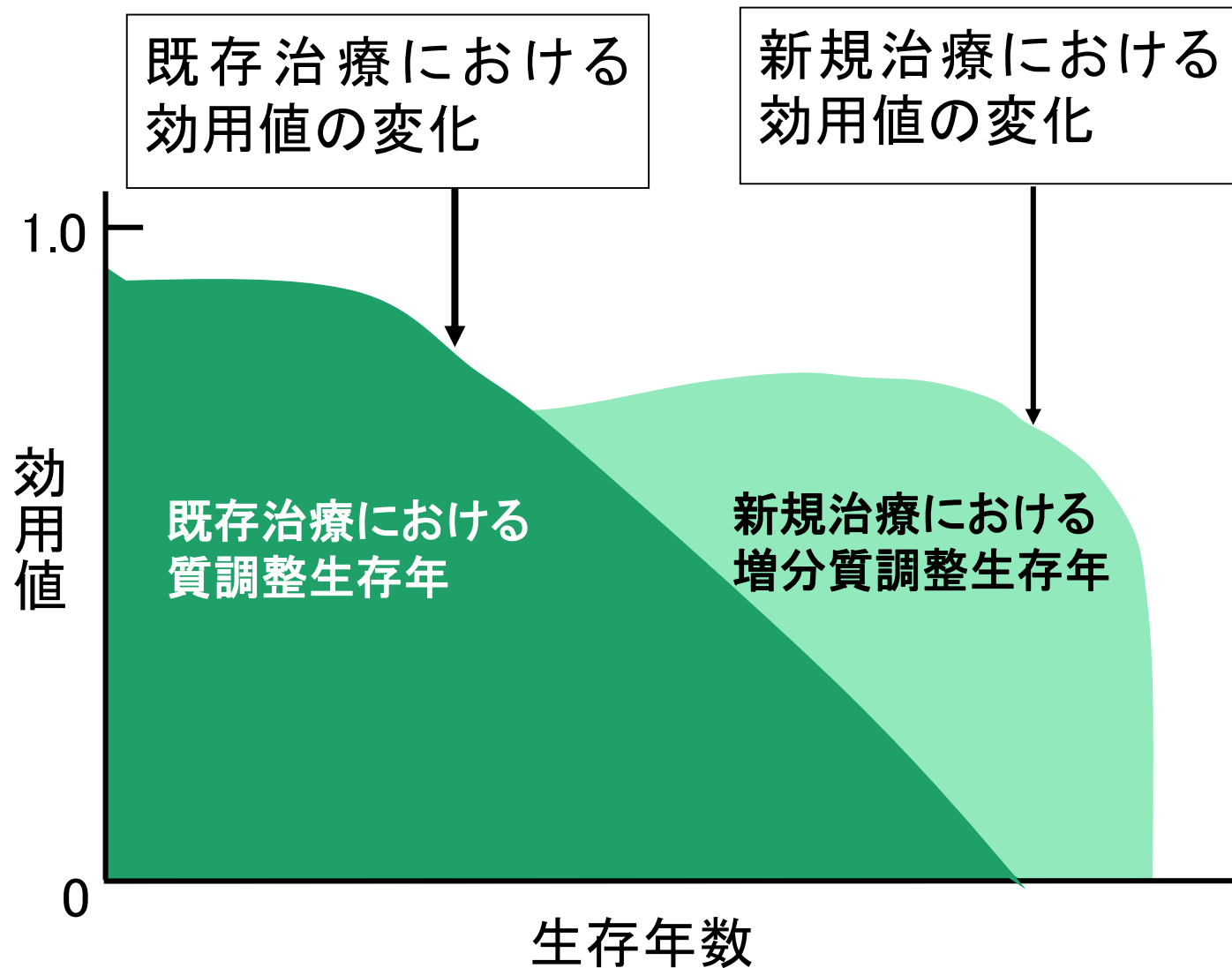
費用対効果とは？

質調整生存年

(QALY: Quality Adjusted Life Year)

- QALYは単純な生存年を健康状態の効用値（健康価値）で重みづけして調整したもの
- 健康状態を、完全な健康を1と死亡を0の間のいずれかに割りつける
 - 完全な健康で生きる1年は1 QALY
 - 乳がんの再発した時の効用値が0.4とすると、その状態での1年は0.4QALYと表現することができる
- 効用値の測定
 - QOL尺度はEQ5Dを用いる

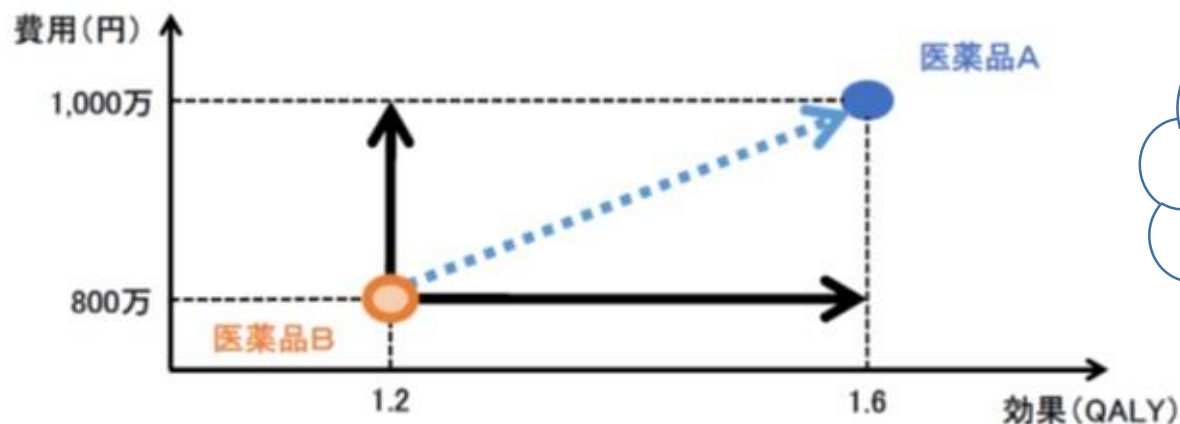
QALY(質調整生存年) による評価



2. 増分費用効果比(ICER)の算出

医薬品Bから医薬品Aに治療が置き換わった場合の効果及び費用の増分を算出し、増分費用効果比(ICER)を算出する。

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{1,000\text{万円} - 800\text{万円 (費用がどのくらい増加するか)}}{1.6\text{QALY} - 1.2\text{QALY (効果がどのくらい増加するか)}} = 500\text{万円/QALY}$$



支払意思
額調査
(WTP)

	効果 (QALY)	増分効果 (QALY)	費用 (円)	増分費用 (円)	ICER (円/QALY)
医薬品A	1.6	0.4	1,000万	200万	500万
医薬品B	1.2	—	800万	—	—

費用対効果評価の価格調整（試行的導入）

改革の方向性

<価格調整の計算方法>（比較対照品目（技術）に対し費用、効果とも増加し、ICERが算出可能な場合）

- 費用対効果評価の結果を価格調整に十分に反映することとし、具体的には、価格調整対象部分に対して最大90%の引下げとなるよう、以下の算式に基づき価格調整を行うこととする。

【類似薬効比較方式】

$$\text{HTA後の薬価} = \text{薬価全体} - \text{価格調整対象} \times (1 - \beta)$$

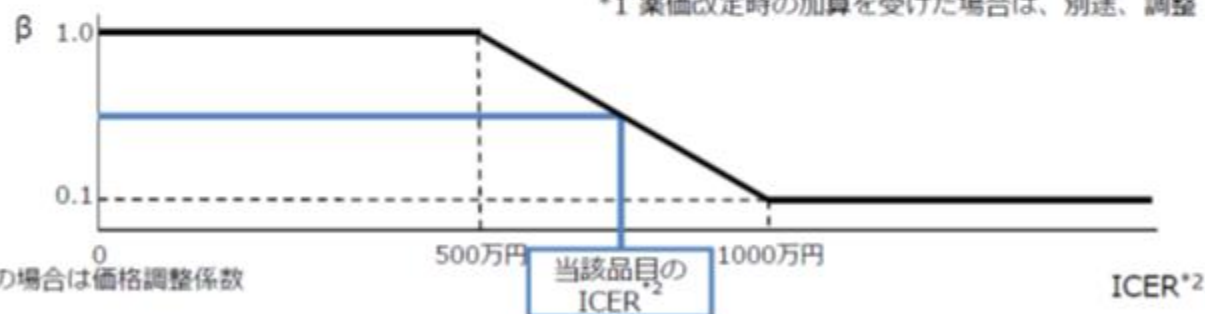
【原価計算方式】

$$\text{HTA後の薬価} = \text{薬価全体} - \text{価格調整対象} \times \text{収載時営業利益率} \times \frac{\text{営業利益補正率}^{*1}}{\text{営業利益補正率} + 1} \times (1 - \beta)$$

*1 薬価改定時の加算を受けた場合は、別途、調整

$$\beta \text{ (係数)} \\ = 1 - \left\{ \frac{0.9}{500\text{万}} \times (\text{ICER}^{*2} - 500\text{万}) \right\}$$

ICER \geq 1000万円の時、 $\beta = 0.1$
ICER \leq 500万円の時、 $\beta = 1$



※企業分析と再分析の結果が概ね一致し、評価結果のICERが一定の幅により示される場合の価格調整は、再分析の値を用いて行うこととする。

※費用対効果評価は、H30改定における再算定、外国平均価格調整、市場実勢価格改定等による算定後の薬価に対して適用することとし、ICER等についても、これらの再算定等による算定後に改めて算出することとする。

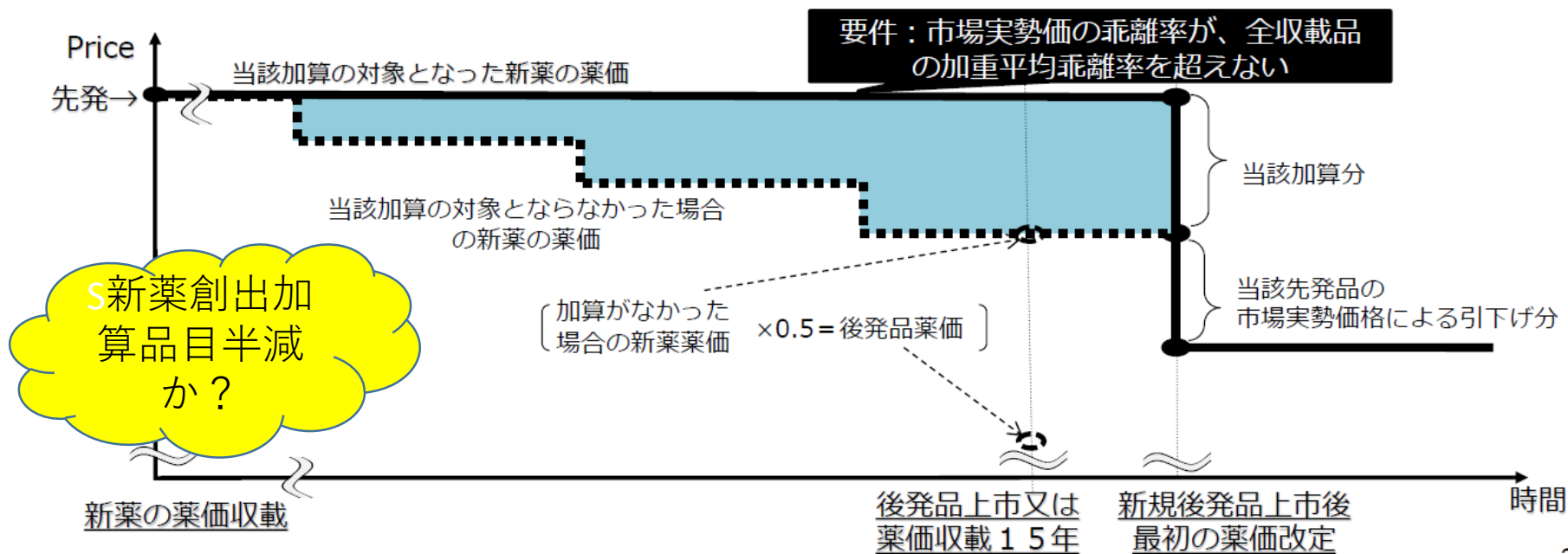
新薬創出加算の見直し

「平成28年度薬価制度改革の骨子」 (平成27年12月25日中医協総会了承)

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の試行の継続

成長戦略に資する創薬に係るイノベーションの推進が掲げられ、また、国内の未承認薬・適応外薬についても新たな要望が募集されている現状を踏まえ、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の試行を継続する。

なお、平成28年度薬価制度改革後も引き続き未承認薬・適応外薬の開発の進捗を確認することに加え、新薬創出のための研究開発の具体的成果についても確認し、制度の在り方について検討する。



新薬創出加算の総額は823品目(90社)で1060億円、
加算終了に伴う返還分が360億円、差し引き700億円

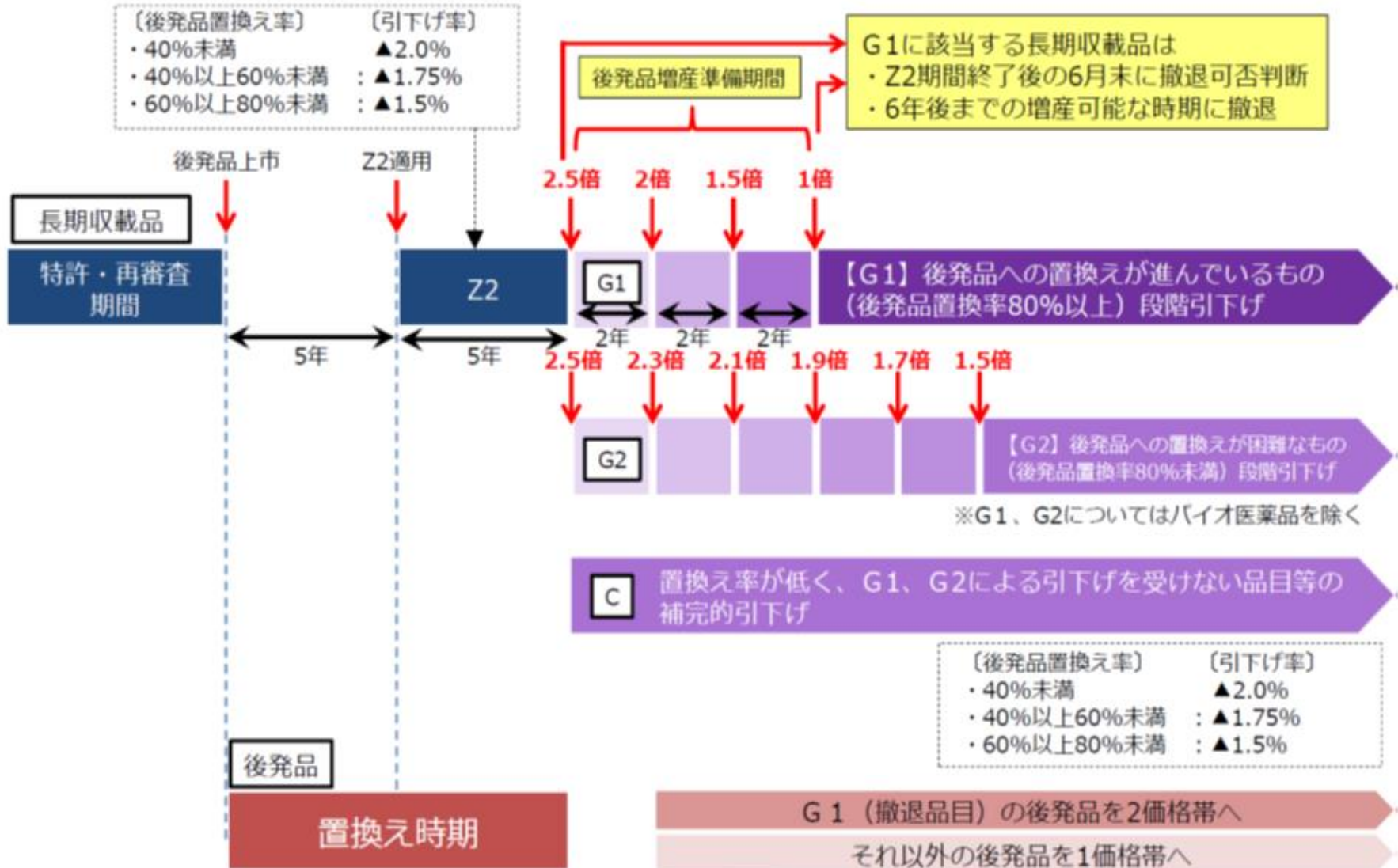
長期収載品から後発品へのシフト方向は理解するが、十分な経過措置を

新薬創出加算の見直し反対
日本を「最初に新薬を導入する国」にできなくなる
(PhRMA)

2017年11月29日 中医協薬価専門部会

長期収載品の薬価等の見直し（全体像）

長期収載品は
市場撤退を！



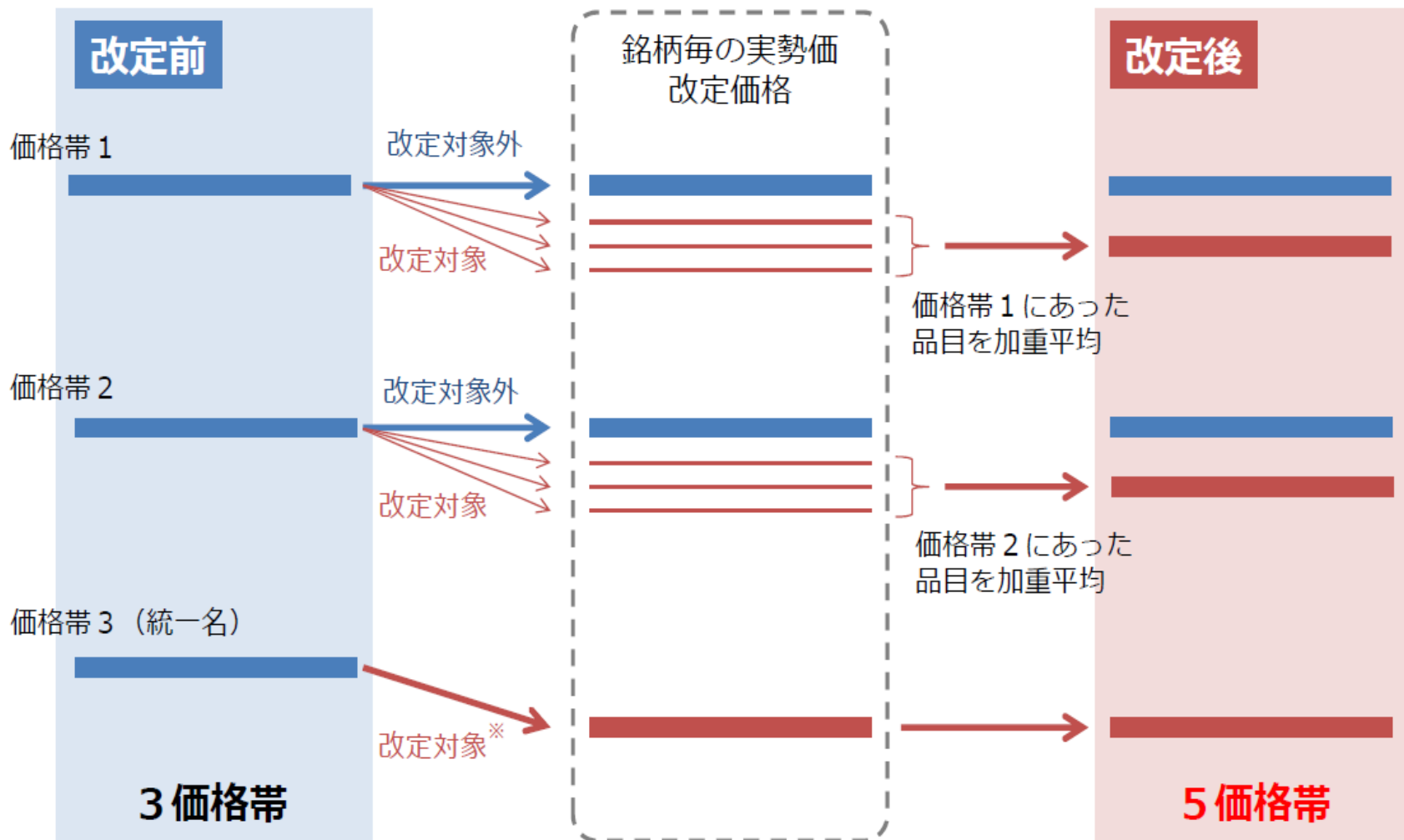
後発医薬品の薬価等の見直し

改革の方向性

<後発品の価格帯>

- 後発品の価格帯については、長期収載品の薬価の見直しとあわせて、後発品収載から12年経過したものについては原則として、1価格帯（G1において長期収載品が市場から撤退した品目に関しては、2価格帯）とする。（再掲）
- 毎年改定では、価格乖離の大きい品目についてのみ、その加重平均値を新たな価格帯とする改定を行うこととする。
ただし、統一名収載の価格帯については、1品目とみなし、全体として価格乖離の大きい品目である場合に、全体の加重平均にて改定を行うこととする。
このため、毎年改定により、一時的に最大5価格帯となるが、本改定の際には、通常、3価格帯への改定とする（後発品収載から12年経過したものについても同様に一時的に価格帯数増加を許容）。

薬価改定年度における後発医薬品の価格帯のイメージ



※統一名収載品は、含まれる全品目の加重平均乖離率により改定の対象かどうかを判断。乖離率によっては統一名収載全体として改定の対象外となる場合もある。

診療報酬改定年度に
3 価格帯に集約

現行制度の概要

- 新規収載される後発品の薬価は、先発品の5割とする。ただし、内用薬で銘柄数が10を超える場合は、4割とする。
- 薬価改定の際、同一成分・規格の後発品の価格は、3つの価格帯に集約する。

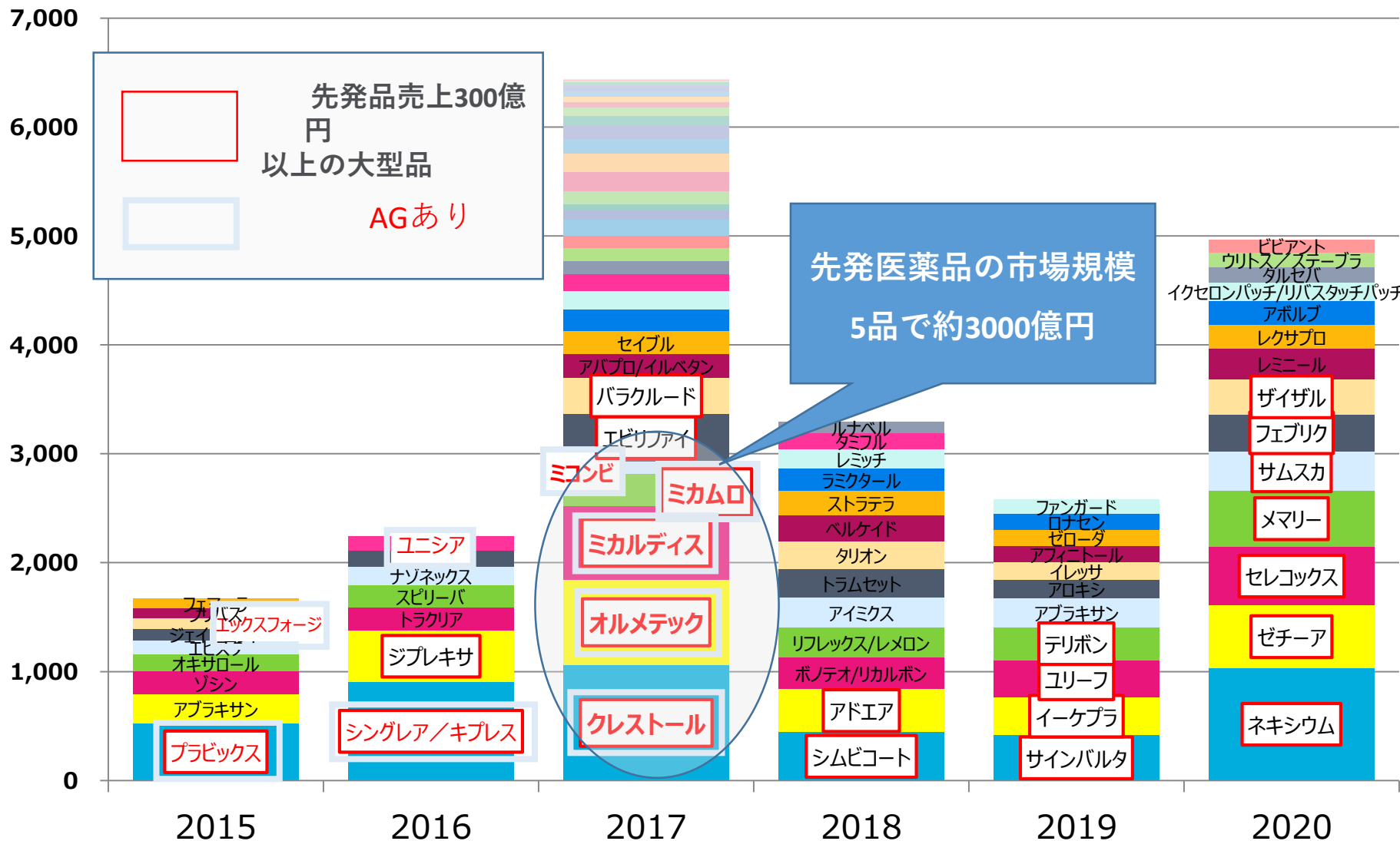
課題

- 後発品の価格が海外と比べて高いのではないか。
- メーカーが担う安定供給などの機能や後発医薬品産業の健全な発展・育成に配慮しつつ、後発医薬品の価格帯を集約化していくことの必要性。
- 近年増加している「オーソライズド・ジェネリック (AG) 」に対して薬価制度が対応できていないのではないか。

今後の後発品参入時期とAG

2017・2020年度を中心に、大型品の特許切れを迎え、後発医薬品市場の拡大が予想される。

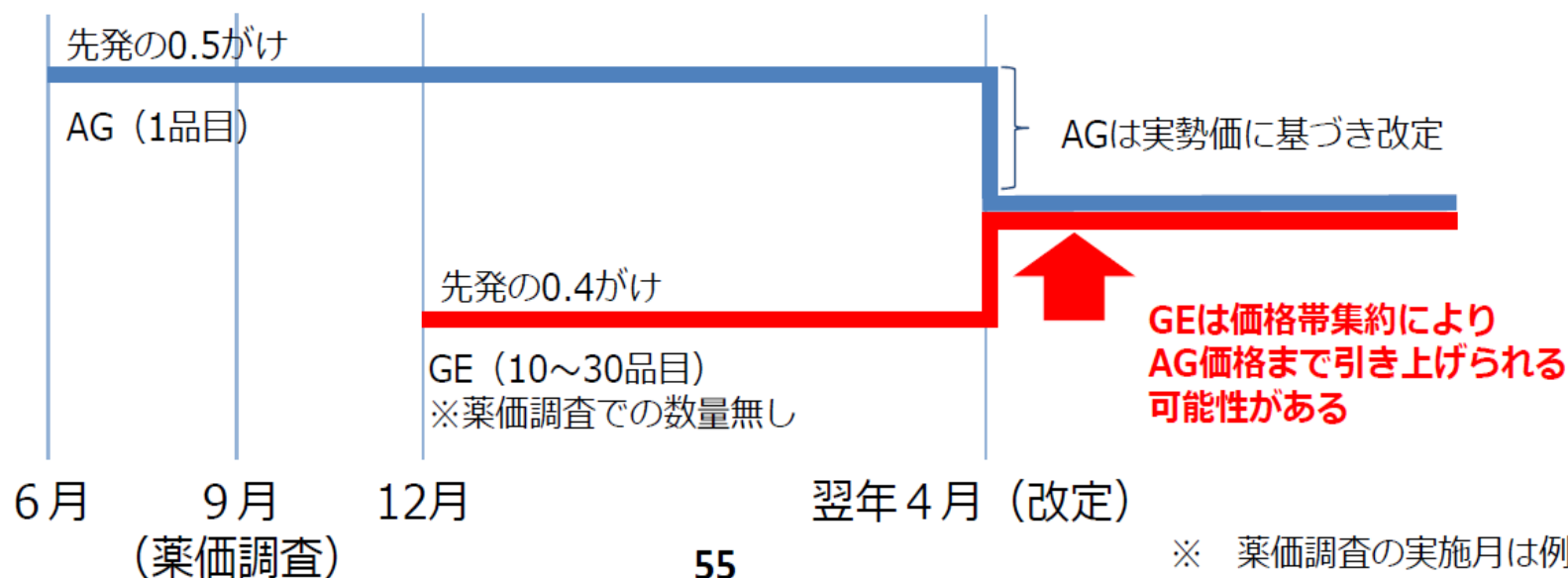
先発品薬価消化高 2016.12MAT (単位：億円)



後発医薬品の薬価等の見直し

AGに係る課題

- 後発品は、年に2回（6月又は12月）収載することとしているが、オーソライズドジェネリック（AG）は、先発品メーカーの特許実施権を受けるなどにより、通常の後発品より半年早く承認され、収載される場合などがある。
- 診療報酬改定の前年の6月にAGが収載され、12月にその他のジェネリック（GE）が収載された場合、AGは先発品の0.5がけ、GEは10銘柄を超える場合は0.4がけの価格で収載されることとなる。
- 薬価調査が9月に行われた場合、GEの数量を把握できないことから、価格帯集約のルール上、GEの価格がAGの改定後の価格まで引き上げられる可能性が生じる。

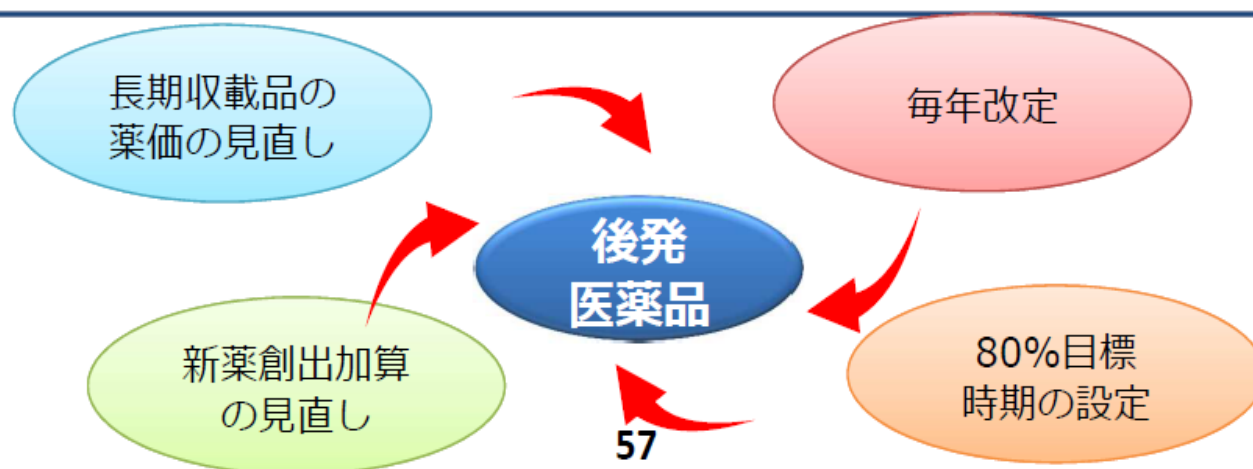


後発医薬品の薬価等の見直し

改革の方向性

<新規収載される後発品の薬価>

- 後発品については、
 - ・ 使用割合の80%達成時期目標の設定（さらなる増産体制の整備）
 - ・ 毎年薬価調査・毎年薬価改定の導入（頻回な価格の引下げ）
 - ・ 長期収載品の薬価の見直し（情報提供・安定供給の主たる担い手）
 - ・ 新薬創出等加算の見直し（新薬の市場環境変化による後発品薬価への影響）など、その環境が大きく変化することとなる。
- そのため、新規後発品の薬価については、現行制度を維持することとし、今後、制度改正の影響等を踏まえて、次回以降の改定で検討を行うこととする。
- また、バイオシミラーの初収載の薬価については、骨太の方針2017において、研究開発支援方策等の拡充によりその推進を図ることとしており、開発インセンティブを損なわないためにも、現行制度を維持することとする。



診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

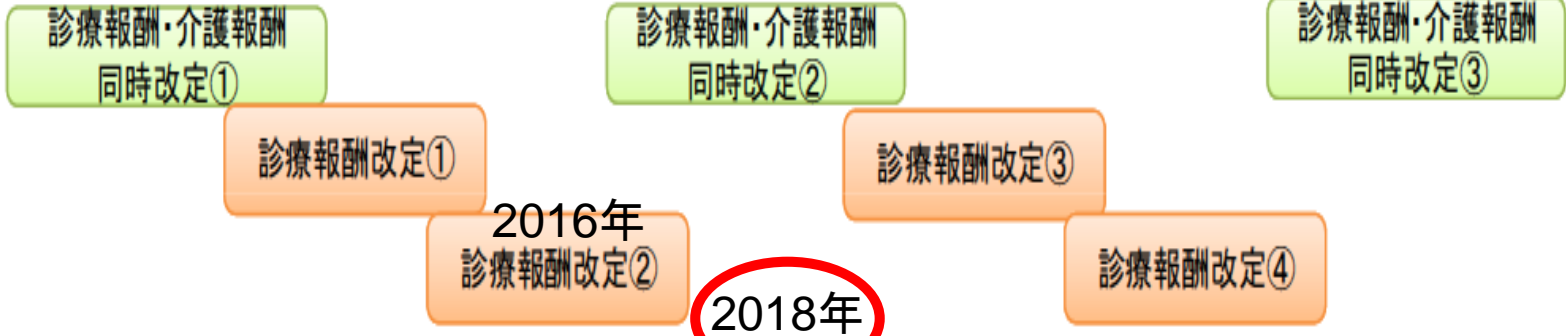
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



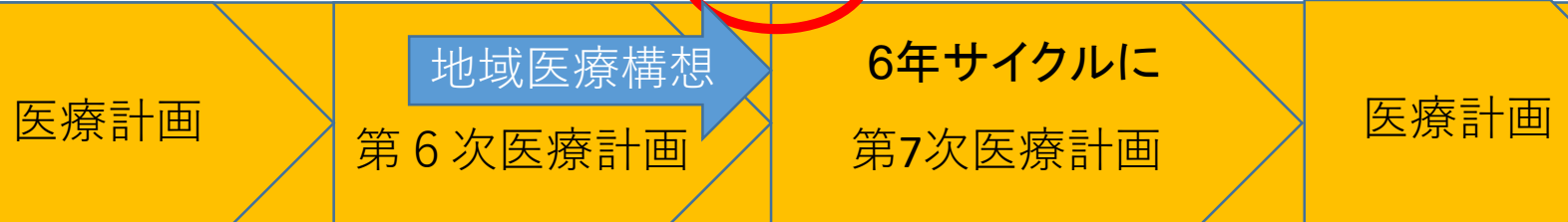
方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

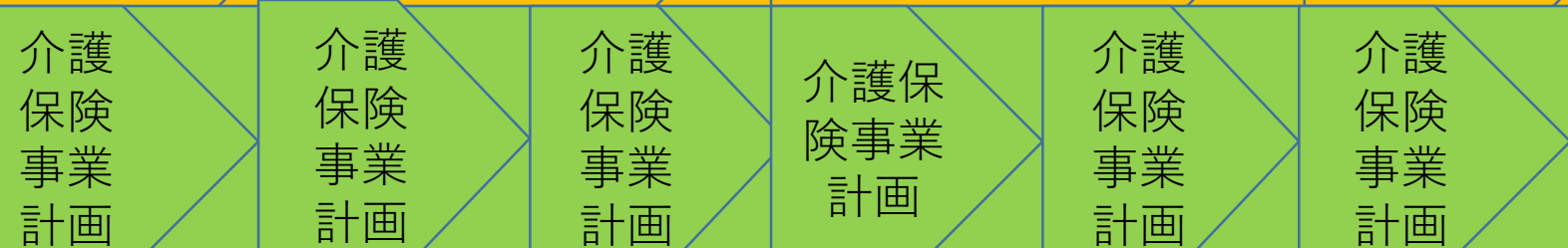
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

医療と介護のクロスロード to 2025

- 2月20日
緊急出版！
- 2018年同時改定の
「十字路」から2025
年へと続く「道」を
示す！
- 医学通信社
本体価格 1,500円 + 税



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
mutoma@iuhw.ac.jp

今日のまとめ

- ・ 地域に貢献するかかりつけ薬局を目指そう
- ・ 医薬品の適正使用が薬剤師の本分
ポリファーマシー、高齢者の薬剤適正使用ガイドラインなど
- ・ 地域支援体制加算、日本版リフィルに注目
- ・ 薬価制度改革の行方に注目しよう