

保険調剤の理解のために

(令和5年度)

本資料は、令和4年度調剤報酬改定に基づいて作成しています。調剤報酬請求に当たっては、新型コロナウイルス感染症の拡大に対応した算定要件の変更や施設基準の届出の取扱いの臨時的な変更等、その時点での取扱いを確認して請求を行ってください。

厚生労働省保険局医療課医療指導監査室

保険調剤の理解のために

目次

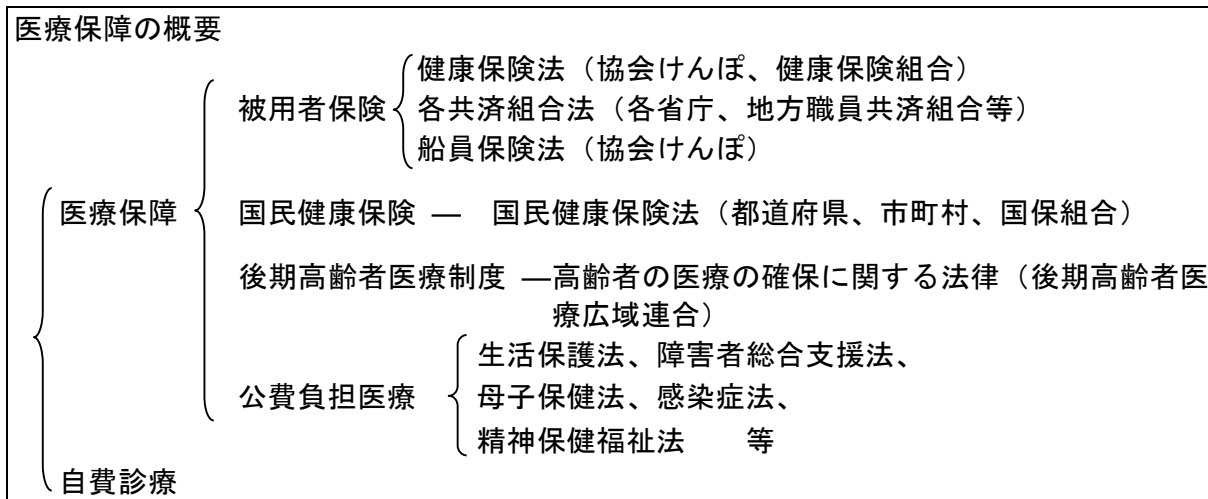
I	医療保険制度のしくみ	2
1	医療保険制度の種類	2
2	医療保険制度の特徴	2
3	保険調剤のしくみ	2
4	国民医療費（令和2年度）	3
II	保険薬剤師、保険薬局の責務	4
1	保険薬剤師、保険薬局	4
2	保険調剤の基本的ルール	10
III	調剤報酬点数表における留意事項	13
1	処方箋	13
2	調剤録	16
3	調剤報酬点数表（令和4年厚生労働省告示第269号 別表第三）	18
4	通則	20
5	第1節 調剤技術料	20
6	第2節 薬学管理料	29
IV	保険調剤に関するその他の留意事項	61
1	明細書	61
2	届出事項の変更	61
3	標示・掲示	61
4	医療保険と介護保険の給付調整	62
5	その他	62
V	健康保険法等に基づく指導・監査	63
1	根拠法令等	63
2	指導	63
3	監査	63
4	令和3年度における指導・監査等の実施状況（概況）	64

I 医療保険制度のしくみ

1 医療保険制度の種類

わが国の医療保険は、サラリーマン等の被用者を対象とした被用者保険制度（健康保険（健保）、共済保険（共済）、船員保険（船保）等）と、自営業者等を対象とした国民健康保険制度とに大きく二分される。

高齢者は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく医療保険制度が適用となる。



2 医療保険制度の特徴

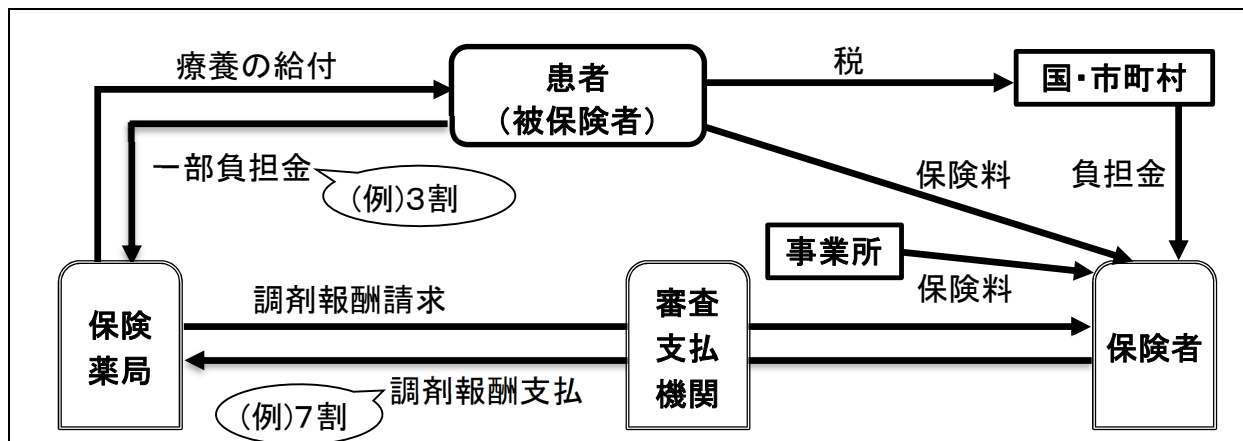
わが国の医療保険制度の特徴は、「国民皆保険制度」、「現物給付制度」、「フリーアクセス」の3点に集約される。

- 国民皆保険制度…すべての国民が、何らかの公的医療保険に加入している。
- 現物給付制度…医療行為（現物）が先に行われ、費用は保険者から医療機関へ事後に支払われる。
- フリーアクセス…自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる。

3 保険調剤のしくみ

患者は、保険薬局の窓口で一部負担金を支払い、残りの費用については、保険者から審査支払機関を通じ、保険薬局に支払われることとなる。

この仕組みは健康保険法その他の医療保険各法に規定されており、保険調剤は「保険者と保険薬局との間で交わされた公法上の契約に基づく“契約調剤”」と称される。



4 国民医療費（令和2年度）

（1）国民医療費の状況

「令和2年度国民医療費の概況」によると、国民医療費は約42.97兆円、前年度の約44.39兆円に比べ14,230億円、3.2%の減少、人口一人当たりの国民医療費は34万0,600円、前年度の35万1,800円に比べ11,200円、3.2%の減少となっている。

（2）財源別国民医療費

財源別にみると、公費は16兆4,991億円（構成割合38.4%）、うち国庫は11兆0,245億円（同25.7%）、地方は5兆4,746億円（同12.7%）となっている。保険料は21兆2,642億円（同49.5%）、うち事業主は9兆1,483億円（同21.3%）、被保険者は12兆1,159億円（同28.2%）となっている。また、その他は5兆2,033億円（同12.1%）、うち患者負担は4兆9,516億円（同11.5%）となっている。

【厚生労働省HPより】

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/20/dl/data.pdf>

II 保険薬剤師、保険薬局の責務

1 保険薬剤師、保険薬局

(1) 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、厚生労働大臣の登録を受けた薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）でなければならない」と規定されている。〔健康保険法64条〕

この厚生労働大臣の登録は、薬剤師国家試験に合格し、薬剤師免許を受けることにより自動的に登録されるものではない。薬剤師自らの意思により、所在地を管轄する地方厚生（支）局長（所在地を所管する地方厚生（支）局の事務所がある場合には、当該事務所を経由）へ申請する必要がある。〔健康保険法71条〕

※ 登録の記号及び番号		保 険 医 登 録 申 請 書 保 険 薬 剤 師 登 録 申 請 書					
※ 登録年月日							
① 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師	(フリガナ) 氏名	(E)	(ホ)	大・昭 平・令	年 月 日生	男・女	
② 医籍 ・ 歯科医籍 ・ 薬剤師名簿	登録番号	登録年月日		大・昭 平・令	年 月 日		
③ 健康保険の診療・調剤に従事する 病院・診療所・薬局	(フリガナ) 法人の名称	担当診療科名					
	(フリガナ) 機関の名称						
	所在地	〒	電 話 (局)	番 号	医 療 機 関 (薬 局)	コ ー ド	
④ 健康保険法第71条第2項第1号から第3号のいずれか（登録欠格事由）に該当	有 ・ 無	該当する法律名					
		内 容					
		該 当 年 月 日	年 月 日				
		処 分 権 者 等					
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日		医師若しくは歯科医師又は薬剤師の住所及び氏名					
〇〇〇〇厚生局長 殿		住 所 〒					
		氏 名					
		電 話	(局)	番 号			
		F A X	(局)	番 号			

(2) 保険薬局

保険薬局の指定

薬局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65条〕

(3) 保険薬剤師、保険薬局の責務

ア 保険薬剤師

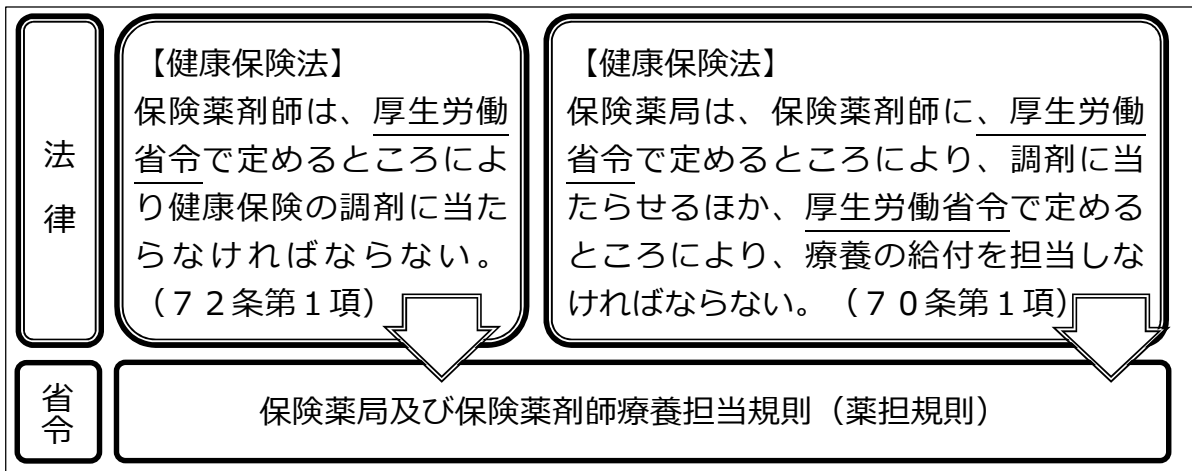
「保険薬局において調剤に従事する保険薬剤師は、厚生労働省令で定めるところにより健康保険の調剤に当たらなければならない。」とされている。〔健康保険法72条第1項〕

また、「保険薬局は、当該保険薬局において調剤に従事する保険薬剤師に、厚生労働省令で定めるところにより、調剤に当たらせるほか、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。」とされている。〔健康保険法70条第1項〕

- 厚生労働省令（昭和32年4月30日 厚生労働省令第16号）
（最終改正 令和5年3月31日 厚生労働省令第48号）

「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（薬担規則）」

- ・ 保険調剤を行う上での基本的事項を定めたもの。

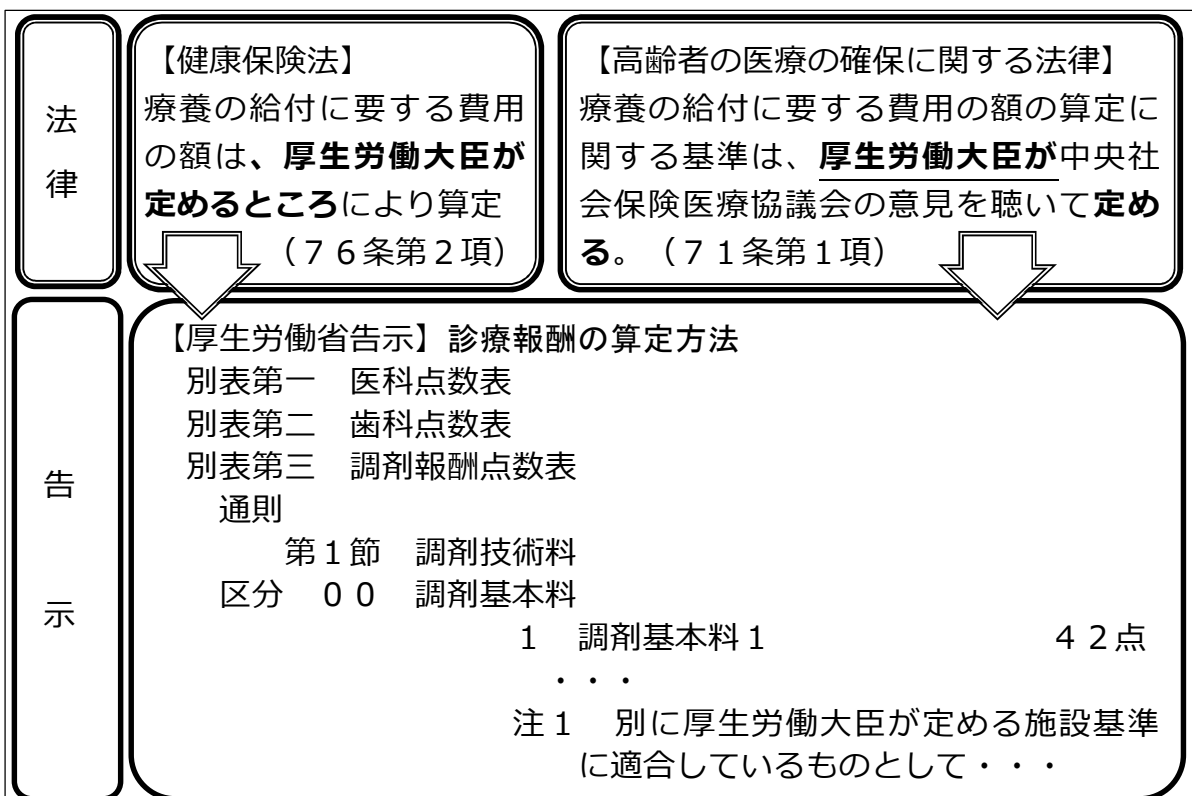


イ 保険薬局

健康保険法76条（療養の給付に関する費用）では、次のとおり規定されている。

「保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うものとし、保険医療機関又は保険薬局が療養の給付に関し保険者に請求することができる費用の額は、療養の給付に要する費用の額から、当該療養の給付に関し被保険者が当該保険医療機関又は保険薬局に対して支払わなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする。」

「2 前項の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。」



※ 「厚生労働大臣が定めるところ」

○ 「診療報酬の算定方法」（平成20年3月5日厚生労働省告示第59号）

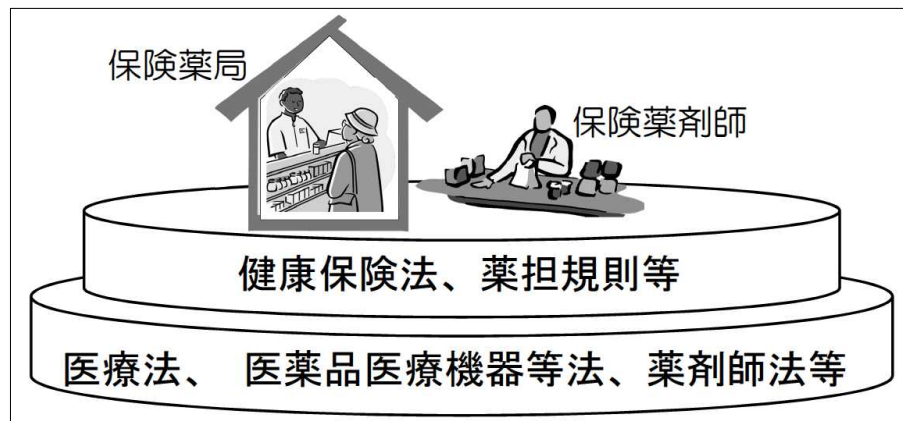
「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第54号）

- ・ 保険薬局に係る療養に要する費用の額は、同告示「別表第三 調剤報酬点数表」により、算定するものとされている。

【令和4年厚生労働省告示第54号 別表第三（調剤報酬点数表）】

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907836.pdf>

（4）保険薬局及び保険薬剤師に関する主な関係法令



ア 医療法

医療の基本理念（薬剤師を医療の担い手として位置付け）〔第1条の2第1項〕

〃（調剤を実施する薬局を医療提供施設として位置付け）〔第1条の2第2項〕

医師等の責務〔第1条の4〕

イ 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

医薬関係者の責務〔第1条の5〕

薬局の定義〔第2条第12項〕

12 この法律で「薬局」とは、薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務並びに薬剤及び医薬品の適正な使用に必要な情報の提供及び薬学的知見に基づく指導の業務を行う場所（その開設者が併せ行う医薬品の販売業に必要な場所を含む。）をいう。（以下略）

開設の許可（都道府県知事の許可）〔第4条〕

許可の基準〔第5条〕

厚生労働省令で定める基準：

- ・ 薬局等構造設備規則
- ・ 薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令

薬局の管理（薬局の管理者）〔第7条〕

管理者の義務（従業者の監督、構造設備・医薬品等の管理、開設者に対する意見）〔第8条〕

第8条 薬局の管理者は、保健衛生上支障を生ずるおそれがないように、その薬局に勤務する薬剤師その他の従業者を監督し、その薬局の構造設備及び医薬品その他の物品を管理し、その他その薬局の業務につき、必要な注意をしなければならない。

2 薬局の管理者は、保健衛生上支障を生ずるおそれがないように、その薬局の業務につき、**薬局開設者に対し、必要な意見を書面により述べなければならない。**

3 (略)

薬局開設者の遵守事項（薬局業務に関する事項、管理者の意見の尊重）〔第9条〕

第9条 厚生労働大臣は、厚生労働省令で、次に掲げる事項その他薬局の業務に関し薬局開設者が遵守すべき事項を定めることができる。

一 (略)

二 薬局における調剤並びに調剤された薬剤及び医薬品の販売又は授与の実施方法に関する事項

2 薬局開設者は、第七条第一項ただし書又は第二項の規定によりその薬局の管理者を指定したときは、第八条第二項の規定により述べられた**薬局の管理者の意見を尊重するとともに、法令遵守のために措置を講ずる必要があるときは、当該措置を講じ、かつ、講じた措置の内容(措置を講じない場合にあつては、その旨及びその理由)を記録し、これを適切に保存しなければならない。**

薬局開設者の法令遵守体制〔第9条の2〕

第9条の2 薬局開設者は、薬局の管理に関する業務その他の薬局開設者の業務を適正に遂行することにより、薬事に関する法令の規定の遵守を確保するために、厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一 **薬局の管理に関する業務について、薬局の管理者が有する権限を明らかにすること。**

二 薬局の管理に関する業務その他の薬局開設者の業務の遂行が**法令に適合することを確保するための体制、当該薬局開設者の薬事に関する業務に責任を有する役員及び従業者の業務の監督に係る体制**その他の薬局開設者の業務の適正を確保するために必要なものとして厚生労働省令で定める体制を整備すること。

三 前二号に掲げるもののほか、薬局開設者の従業者に対して**法令遵守のための指針を示すこと**その他の薬局開設者の業務の適正な遂行に必要なものとして厚生労働省令で定める措置

2 薬局開設者は、前項各号に掲げる**措置の内容を記録し、これを適切に保存しなければならない。**

調剤された薬剤に関する情報提供及び指導等〔第9条の4〕

第9条の4 薬局開設者は、医師又は歯科医師から交付された処方箋により調剤された薬剤の適正な使用のため、当該薬剤を販売し、又は授与する場合には、厚生労働省令で定めるところにより、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に、対面（映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に確認しながら通話することが可能な方法その他の方法により**薬剤の適正な使用を確保することが可能であると認められる方法**として厚生労働省令で定めるものを含む。）により、厚生労働省令で定める事項を記載した書面を用いて必要な情報を提供させ、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わせなければならない。

2～4 (略)

5 第一項又は前項に定める場合のほか、薬局開設者は、医師又は歯科医師から交付された処方箋により調剤された薬剤の適正な使用のため必要がある場合として**厚生労働省令で定める場合には、厚生労働省令で定めるところにより、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に、その調剤した薬剤を購入し、又は譲り受けた者の当該薬剤の使用の状況を継続的かつ的確に把握させるとともに、その調剤した薬剤を購入し、又は譲り受けた者に対して必要な情報を提供させ、又は必要な薬学的知見に基づく指導を行わせなければならない。**

6 薬局開設者は、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に第一項又は第二項に規定する**情報の提供及び指導を行わせたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該薬剤師にその内容を記録させなければならない。**

休廃止等の届出（薬剤師、営業時間等の変更）〔第10条〕

薬局医薬品に関する**情報提供及び指導等**〔第36条の4〕

情報の提供等〔第68条の2の5〕

許可の取消し等〔第75条〕

ウ 薬剤師法

薬剤師の任務（公衆衛生の向上及び増進）〔第1条〕

調剤（薬剤師以外の調剤の禁止）〔第19条〕

第19条 薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる場合において自己の処方せんにより自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。

一～二 （略）

調剤の求めに応ずる義務〔第21条〕

調剤の場所（薬局以外での調剤の禁止）〔第22条〕

処方せんによる調剤〔第23条〕

第23条 薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。

2 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

処方せん中の疑義（疑義照会による確認）〔第24条〕

第24条 薬剤師は、処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによつて調剤してはならない。

情報の提供及び指導〔第25条の2〕

第25条の2 薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。

2 薬剤師は、前項に定める場合のほか、調剤した薬剤の適正な使用のため必要があると認める場合には、**患者の当該薬剤の使用の状況を継続的かつ的確に把握するとともに、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。**

処方せんへの記入等（調剤済みの旨、調剤年月日、記名押印等）〔第26条〕

第26条 薬剤師は、調剤したときは、その処方せんに、調剤済みの旨（その調剤によつて、当該処方せんが調剤済みとならなかつたときは、調剤量）、調剤年月

日その他厚生労働省令で定める事項を記入し、かつ、記名押印し、又は署名しなければならない。

処方せんの保存（調剤済みとなった日から3年間の保存義務）〔第27条〕

第27条 薬局開設者は、当該薬局で調剤済みとなった処方せんを、調剤済みとなった日から三年間、保存しなければならない。

調剤録（備える義務、記載事項、最終の記入から3年間の保存義務）〔第28条〕

第28条 薬局開設者は、薬局に調剤録を備えなければならない。

2 薬剤師は、薬局で調剤したときは、**厚生労働省令で定めるところにより**、調剤録に厚生労働省令で定める事項を記入しなければならない。

3 薬局開設者は、第一項の調剤録を、最終の記入の日から三年間、保存しなければならない。

2 保険調剤の基本的ルール

- 保険調剤は、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」による契約調剤である。
- 保険薬局の指定や保険薬剤師の登録は、健康保険法等で規定されている保険調剤のルール（契約の内容）を熟知していることが前提となる。

(1) 保険調剤のルール（契約の内容）

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（薬担規則）
調剤報酬点数表
健康保険法等の関係法令

(2) 調剤報酬が支払われる条件

ア 次の条件を全て満たしていなければ調剤報酬の支払いを受けることはできない。

- 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（薬担規則）」の規定を遵守し
- 薬学的に妥当適切な調剤（患者指導を含む）を行い
- 調剤報酬点数表に定められた算定要件を満たした上で請求を行っている。

イ 上でいう、健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令や「調剤報酬点数表」の定めは、種々あるところ、以下に、その一部を挙げる。

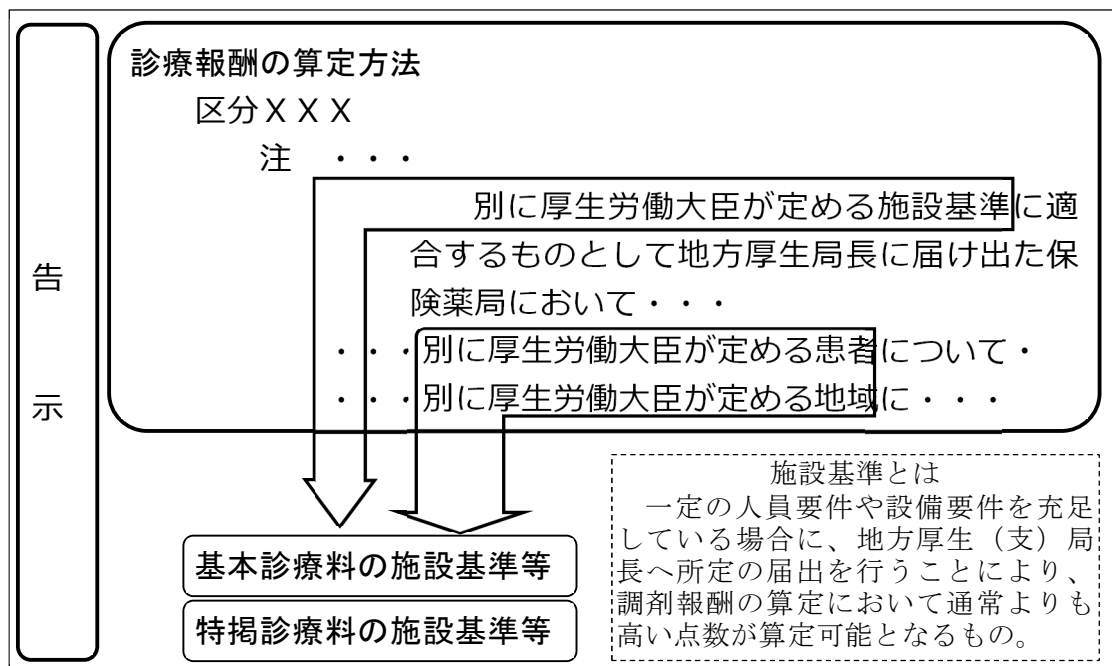
(ア) 診療報酬の算定方法の規定に基づく、

a 「基本診療料の施設基準等」

[平成20年3月5日厚生労働省告示第62号
改正 令和4年3月4日厚生労働省告示第55号]

b 「特掲診療料の施設基準等」

[平成20年3月5日厚生労働省告示第63号
改正 令和4年3月4日厚生労働省告示第56号]



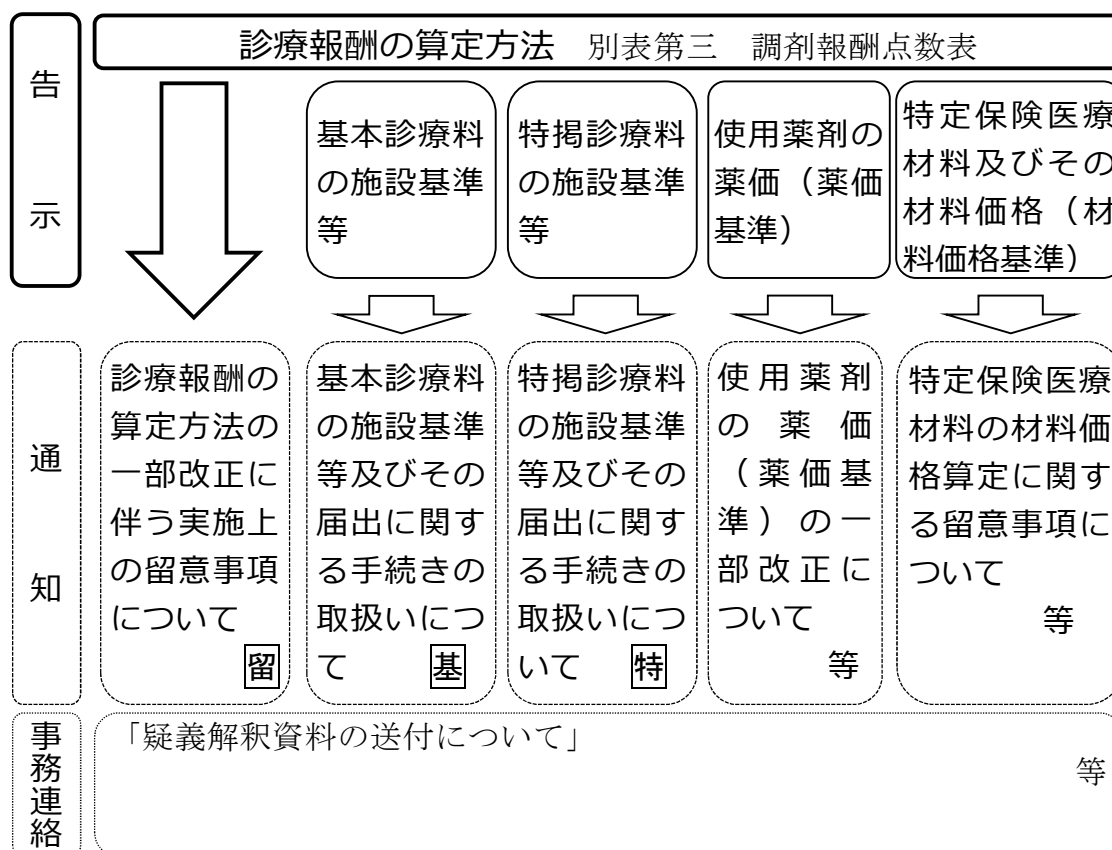
(イ) 通知

- a 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
(令和4年3月4日保医発0304第1号)・・・**留**
- b 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
(令和4年3月4日保医発0304第2号)・・・**基**
- c 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
(令和4年3月4日保医発0304第3号)・・・**特**
- d 診療報酬請求書等の記載要領等について(昭和51年8月7日保険発第82号)
[改正 令和4年9月28日保医発0928第1号]

(ウ) 事務連絡

疑義解釈資料の送付について(厚生労働省保険局医療課事務連絡)

診療報酬にかかる疑義解釈資料をとりまとめたもの



(3) 健康保険事業の健全な運営の確保

ア 薬担規則第2条の3では、健康保険事業の健全な運営の確保の観点から、

- ① 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。
- ② 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。

を禁止するとともに、このほか、「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。」と規定されている。

イ 保険薬局等が、事業者等に対して、金品を提供し、患者を誘引することは禁止〔薬担規則第2条の3の2第2項〕

ウ 保険薬剤師は、調剤に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。〔薬担規則第9条の2〕

エ 「保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）」第2条の5では、「特定の保険薬局への誘導の禁止」の規定があり、「保険医の行う処方箋の交付に関し、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ってはならない」とされている。

POINT

- ・ 保険薬局の指定、保険薬剤師の登録がなされたということは、自らの意志で**保険者との間で交わした公法上の契約に基づく調剤（保険調剤）**を行うということ。
- ・ 契約内容は、健康保険法、医薬品医療機器等法、薬剤師法、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則、厚生労働省告示等で規定されており、いわゆる法定約款
- ・ 保険薬局、保険薬剤師は、法定約款を守り、保険調剤を担当する責務がある。
- ・ 機会のある毎に契約内容である**関係法令、厚生労働省告示（算定要件）**等を確認し、**適正な保険調剤、調剤報酬の請求に当たらなければならない。**

Ⅲ 調剤報酬点数表における留意事項

1 処方箋

- 調剤に当たっては、処方箋が適正かどうか、また、処方されている医薬品が薬価基準収載品目であり、医薬品医療機器等法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）等により処方されているかの確認が必要である。（使用できる医薬品の範囲：療担規則第19条、薬担規則第9条を参照）
- 上記等について疑義が生じた場合には、必ず保険医に疑義照会を行うこと。
- 調剤済となった処方箋に必要な事項を適切に記入すること。

(1) 受付・確認

ア 処方箋の確認〔薬担規則第3条〕

- ・ 保険医療機関の保険医が交付したものであること（保険医の署名又は記名押印の確認）
- ・ 処方箋又は被保険者証により療養の給付を受ける資格があること。

イ 使用期間の確認〔療担規則第20条第3号〕

処方箋の使用期間は、交付の日を含めて4日以内とされている。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合（この場合、処方箋の「処方箋の使用期間」欄に年月日が記載される。）は、この限りでない。

ウ 処方欄の確認

- ・ 薬価基準収載医薬品（＝厚生労働大臣の定める医薬品）が記載されていること。〔療担規則第19条、薬担規則第9条〕
- ・ 用法、用量が記載されているか。
- ・ 投与期間の上限が設けられている医薬品の処方日数がその上限を超えていないか。
- ・ 医薬品医療機器等法の承認内容（用法・用量、効能・効果等）と異なる内容となっていないか。
- ・ 使用上の注意が守られているか。
- ・ 重複投薬されていないか。

エ 後発医薬品

(ア) 療担規則

保険医は、投薬又は処方箋の交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。〔療担規則第20条〕

(イ) 薬担規則

- a 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。〔薬担規則第7条の2〕
- b 保険薬剤師は、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。〔薬担規則第8条第3項〕

(留意点)

- 変更調剤は、変更調剤後の薬剤料が変更前のものと比較して同額以下であ

るものに限る。

○ 後発医薬品への変更に係る情報共有

後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）への変更調剤を行ったとき又は一般名処方に係る処方薬について調剤を行ったときは、調剤した薬剤の銘柄（含量規格が異なる後発医薬品を調剤した場合にあっては含量規格を、類似する別剤形の後発医薬品を調剤した場合にあっては剤形を含む。）等について、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。

○ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

- ・ 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤
- ・ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）
- ・ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

なお、外用薬については、類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤は処方医への事前確認不要の対象外

（２）不適切な処方の具体例

ア 不備な処方箋

- ・ 複数の規格単位がある医薬品の場合に、規格単位を記載していない。
- ・ 用法、用量の記載がない（例：インスリン注射液の使用単位数の記載がない、外用副腎皮質ホルモン剤・抗真菌剤・抗生物質製剤の使用部位の記載がない等）
- ・ 記載が不適切である（例：「医師の指示どおり」、「必要時」等のみの記載）
- ・ 約束処方による医薬品名の省略や記号等による記載

イ 医薬品医療機器等法の承認内容と異なる適応症への使用が疑われる処方

- ・ ゾルピデム錠を統合失調症、躁うつ病に伴う不眠症の患者に投与
- ・ 抗菌薬、化学療法剤を投与していない患者に対する耐性乳酸菌製剤の投与

ウ 医薬品医療機器等法の承認内容と異なる用法・用量の処方

- ・ アムロジピン錠、テルミサルタン錠、ドキサゾシン錠、ロキソプロフェンナトリウムテープ等の１日２回投与
- ・ テラムロ配合錠ＢＰの１回２錠投与

エ 重複投与が疑われる処方

- ・ 異なる医師による湿布の処方（同一使用部位）
- ・ 異なる医師によるNSAIDsの内用薬と坐薬の処方

オ 薬剤の処方内容より禁忌例への使用が疑われる処方

- ・ 緑内障が疑われる患者に対するPL配合顆粒、オキシブチニン錠等
- ・ 気管支喘息が疑われる患者に対するカルベジロール錠等

カ 過量投与が疑われる医薬品の処方

- ・ トリアゾラム錠0.25mg（高齢者に対し、１回２錠）

キ 倍量処方が疑われる医薬品の処方

- ・ 他剤が５６日分処方に対して、プロチゾラム錠0.25mgが１日１回２錠２８日分処方

(他にトリアゾラム錠、エチゾラム錠、ゾルピデム酒石酸塩錠等)

ク 投薬期間の上限を超えて投与されている医薬品の処方

- ・ マイスリー錠の30日分と頓服30回分の処方 (他剤は60日分処方)

ケ 漫然と長期に渡り投与されている医薬品の処方

- ・ モサプリドクエン酸塩錠の2週間を超える投与
- ・ ビタミンB₂錠、ビタミンB₆錠、ビタミンB₁₂錠、ビタミンC錠、混合ビタミン剤等の月余に渡る処方

(医科点数表におけるビタミン剤の算定について)

○ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤について、従来から「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可

○ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、単なる栄養補給目的での投与は算定不可

(3) 処方箋へ記載すべき事項〔薬剤師法第26条、同法施行規則第15条〕

ア 薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に次の事項を記載すること。(例えば、管理薬剤師が代表して記載しないこと。)

(ア) 「調剤済年月日」(調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量)

(イ) 「保険薬局の所在地及び名称」

(ウ) 「保険薬剤師氏名 印」(調剤した保険薬剤師の署名又は姓名を記載し、押印)

* 日付入りネームスタンプは記名扱いのため押印が必要

イ 必要に応じて「備考」又は「処方」欄に次の事項を記載すること。

(ア) 処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容

(イ) 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

(4) 保存

- ・ 処方箋の保存期間は調剤済みとなった日(完結の日)から3年間

〔薬剤師法第27条、薬担規則第6条〕

なお、生活保護法に基づく指定医療機関医療担当規程等に係る場合は、完結の日から5年間保存。

(5) その他の留意事項

ア 患者が、正当な理由がなく、療養に関する指揮に従わないとき、又は詐欺などの不正行為により調剤を受けようとしたときは、遅滞なく、全国健康保険協会又は健康保険組合に通知すること。〔薬担規則第7条〕

イ 処方箋が偽造でないこと、ファクシミリ等で電送された処方内容に基づいて薬剤の調製等を行った場合、患者等が持参する処方箋がファクシミリ等で電送されたものと同一であることを確認すること。

2 調剤録

- 調剤録は調剤報酬請求の根拠である。
- 保険薬局は、薬担規則第10条の規定による調剤録に、療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の調剤録と区別して整備しなければならない。〔薬担規則第5条〕
- 保険薬剤師は、患者の調剤を行った場合には、遅滞なく、調剤録に当該調剤に関する必要な事項を記載しなければならない。〔薬担規則第10条〕

(1) 調剤録に記載すべき事項

- ・ 薬剤師法施行規則第16条に規定する事項*
- ・ 患者の被保険者証記号番号、保険者名、生年月日及び被保険者、被扶養者の別
- ・ 当該薬局で調剤した薬剤について処方箋に記載してある用量、既調剤量及び使用期間
- ・ 当該薬局で調剤した薬剤及び当該調剤等についての請求項目、請求点数及び患者負担金額

なお、この調剤録は、調剤済となった処方箋又は患者の服薬状況や指導内容等を記録したもの（薬剤服用歴等）に調剤録と同様の事項を記入したのものをもって代えることができる。

<関連通知>

- ・ 「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等の一部を改正する法律の一部の施行に当たっての留意事項について（薬局・薬剤師関係）」（令和2年8月31日付け薬生総発0831第6号）
- ・ 「保険薬局の分割調剤及び調剤録の取扱いについて」（令和2年11月10日付け保医発1110第1号）

※ 薬剤師法施行規則第16条（調剤録の記入事項）

法第28条第2項の規定により調剤録に記入しなければならない事項は、次のとおりとする。ただし、その調剤により当該処方せんが調剤済みとなった場合は、第一号、第三号、第五号及び第六号に掲げる事項のみ記入することで足りる。

- 一 患者の氏名及び年令
- 二 薬名及び分量
- 三 調剤並びに情報の提供及び指導を行った年月日
- 四 調剤量
- 五 調剤並びに情報の提供及び指導を行った薬剤師の氏名
- 六 情報の提供及び指導の内容の要点
- 七 処方せんの発行年月日
- 八 処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の氏名
- 九 前号の者の住所又は勤務する病院若しくは診療所若しくは飼育動物診療施設の名称及び所在地
- 十 前条第二号及び第三号に掲げる事項**

（**処方せんに記載された医薬品を変更して調剤した場合の変更の内容及び医師

等に疑わしい点を確認した場合の回答の内容)

(2) 保存

- ・ 調剤録の保存期間は最終の記入の日から3年間
〔薬剤師法第28条第3項、薬担規則第6条〕
なお、生活保護法に基づく指定医療機関医療担当規程等に係る場合は、完結の日から5年間保存。

(3) 薬剤服用歴等

(薬剤服用歴の記録の保存について)

- ・ 薬剤服用歴の記録は、同一患者についてのすべての記録が必要に応じ直ちに参照できるように保存・管理すること。
- ・ 最終の記入の日から起算して3年間保存すること。

(電磁的方法により薬剤服用歴の記録等を保存する場合の留意事項)

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版(令和5年5月)

- 真正性、見読性、保存性が確保されていること。
 - ・ **真正性**：改変又は消去及びその内容を確認できる。
記録の責任の所在が明らか。
 - ・ **見読性**：記録事項を直ちに明瞭かつ整然と機器に表示し、
書面を作成できる。
 - ・ **保存性**：記録事項を保存すべき期間中、復元可能な状態で保存する。
- システム管理者及び監査責任者等を定め、個人情報保護及び情報セキュリティ等に留意した、運用管理規程を定めること。
- 患者のプライバシー保護に留意すること。
- 個人情報が入力、参照又は保存されている端末や情報媒体等の盗難や紛失防止も含めた物理的な保護及び措置並びに盗難、覗き見等の防止を行うこと。また、同端末等の設置場所の入退管理等を行うこと。
- 利用者が個人情報を入力・参照できる端末から長時間離席する際にクリアスクリーン等の対策を実施すること。
- 類推されやすいパスワードを使用しないこと。なお、類推されやすいパスワードには、利用者の氏名や生年月日、辞書に記載されている単語等が含まれるものがある。そして、それらを記したメモを端末に掲示、伝達等による代行入力等をさせないこと。

3 調剤報酬点数表（令和4年厚生労働省告示第269号 別表第三）

通則	
第1節 調剤技術料	
調剤基本料*	調剤基本料 [1 / 2 / 3 イ / 3 ロ / 3 ハ] (注1 ただし書、特別調剤基本料 (注2) ほか、注11) (加算料) 地域支援体制加算 [1 / 2 / 3 / 4] 連携強化加算 後発医薬品調剤体制加算 [1 / 2 / 3]
薬剤調製料	内服薬、屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬、外用薬 (加算料) 嚥下困難者用製剤加算、無菌製剤処理加算*、 麻薬加算、向精神薬加算、覚醒剤原料加算、毒薬加算、 時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、 自家製剤加算、計量混合調剤加算、在宅患者調剤加算*
第2節 薬学管理料	
調剤管理料	調剤管理料 [1 / 2] (加算料) 重複投薬・相互作用等防止加算 [イ / ロ]、調剤管理加算 [イ / ロ]、 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 [1 / 2] *
服薬管理指導料	服薬管理指導料 [1 / 2 / 3 / 4 イ / 4 ロ / かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合*] (加算料) 麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算 [1 / 2*]、 乳幼児服薬指導加算、小児特定加算、吸入薬指導加算、 調剤後薬剤管理指導加算*、服薬管理指導料の特例 (注13 / 注14)
かかりつけ薬剤師指導料*	(加算料) 麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算 1 / 2*、 乳幼児服薬指導加算、小児特定加算
かかりつけ薬剤師包括管理料*	
外来服薬支援料	外来服薬支援料 [1 / 2 イ / 2 ロ]
服用薬剤調整支援料	服用薬剤調整支援料 [1 / 2 イ* / 2 ロ]
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 [1 / 2 / 3]、 在宅患者オンライン薬剤管理指導料 (加算料) 麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算*、 乳幼児加算、小児特定加算、在宅中心静脈栄養法加算*
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 [1 / 2] 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 (加算料) 麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算*、 乳幼児加算、小児特定加算、在宅中心静脈栄養法加算*

在宅患者緊急時等共同指導料	(加算料) 麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算※、 乳幼児加算、小児特定加算、在宅中心静脈栄養法加算※
退院時共同指導料	
服薬情報等提供料	服薬情報等提供料 [1 / 2 / 3]
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 [1 / 2]
経管投薬支援料	
第3節 薬剤料	
第4節 特定保険医療材料料	
第5節 経過措置	

(※ 施設基準あり)

4 通則

投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

- 保険薬局において、「リフィル可」欄に「✓」が記載されていた場合、当該処方箋を「リフィル処方箋」として取り扱い調剤を行うこと。
リフィル処方箋による調剤を行う場合は、1回目の調剤を行うことが可能な期間については、使用期間に記載されている日までとする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日（実際に投薬が終了する日）とし、その前後7日以内とする。
- 保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法第26条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却すること。その際、必要な事項が記入されたリフィル処方箋の写しを調剤録とともに保管すること。なお、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- 調剤基本料の「注7」の後発医薬品調剤体制加算及び「注8」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」（令和4年3月4日保医発0304第7号）を参照すること。

5 第1節 調剤技術料

区分00 調剤基本料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、処方箋の受付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。

□ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

「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0304第3号）令和4年3月4日」を参照

(1) 調剤基本料1

調剤基本料2、調剤基本料3及び特別調剤基本料のいずれにも該当しない保険薬局であること。

(2) 調剤基本料2

次のいずれかに該当する保険薬局であること（調剤基本料3のイ及びロ並びに特別調剤基本料に該当するものを除く。）。

ア 処方箋集中率等に基づく基準

(イ) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合（以下「処方箋集中率」という。）が70%を超え、処方箋の受付回数が1月に4,000回を超えるもの

(ロ) 処方箋集中率が85%を超え、処方箋の受付回数が1月に2,000回を超えるもの

(ハ) 処方箋集中率が95%を超え、処方箋の受付回数が1月に1,800回を超えるもの

イ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数に基づく基準（アに該当するものを除く。）

(イ) 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一の建物内に複数の保険医療機関が所在するいわゆる医療モールの場合にあっては、当該建物内の全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算したものとす。）が1月に4,000回を超えること。

(ロ) 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（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。）のうち、これに属する他の保険薬局において、処方箋集中率が最も高い保険医療機関が同一の場合は、処方箋の受付回数は当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。）が、1月に4,000回を超えること。

(3) 調剤基本料3 イ

次のいずれかに該当する保険薬局であること（特別調剤基本料に該当するものを除く。）。

ア 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に3万5千回を超え、4万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合

(イ) 処方箋集中率が95%を超えるもの

(ロ) 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もの

イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に4万回を超え、40万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合

(イ) 処方箋集中率が85%を超えるもの

(ロ) 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もの

(4) 調剤基本料3 ロ

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上である場合であって以下のいずれかに該当するものであること（特別調剤基本料に該当するものを除く。）。

ア 処方箋集中率が85%を超えるもの

イ 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もの

(5) 調剤基本料3 ハ

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上である場合であって、処方箋集中率が85%以下であること（調剤基本料2、調剤基本料3のロ又は特別調剤基本料に該当するものを除く。）。

(6) 特別調剤基本料

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

ア 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、処方箋集中率が70%を超えるもの。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合を除く。

イ 調剤基本料の施設基準に係る届出を行っていないもの

○ 受付回数等

(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受付1回につき算定する。

・ 長期投薬に係る処方箋受付において、分割調して剤を行った場合、当該処方箋に

基づく2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。

- ・ リフィル処方箋による調剤を行う場合は、リフィル処方箋による調剤を行うごとに、処方箋受付回数1回として取扱う。
- (2) 同一患者から同一日に複数の処方箋（リフィル処方箋を含む。）を受け付けた場合、同一医師又は一連の診療行為に基づく処方箋については一括して受付1回と数える。
- (3) 複数の保険医療機関の処方箋を同時に受け付けた場合、2回目以降の調剤基本料は、100分の80にし、算定する。

○ 調剤基本料の注4に規定する保険薬局

- (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)」(令和4年3月4日保医発0304第3号)を参照すること。
 - ア 医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下であること。
 - イ 医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を地方厚生(支)局長に報告していない保険薬局
 - ウ 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的業務を1年間実施していない保険薬局

○ 地域支援体制加算

- 地域支援体制加算は、かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域医療に貢献する薬局の体制等を評価するものであり、調剤基本料の区分によらない共通の施設要件(一定の開局時間、在宅体制整備等)及び調剤基本料の区分により一定の差がある実績等を満たした上で必要な届出を行った場合に算定できる。
- ただし、特別調剤基本料を算定している保険薬局においては、地域支援体制加算の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

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出した保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、加算する。

□ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

「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0304第3号)令和4年3月4日」を参照(以下、別に記載のない場合は同じ。)

- (1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。
 - ア 地域支援体制加算1
 - (イ) 調剤基本料1を算定している
 - ① 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、必要な指導を行うことができること。
 - 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、在宅患者訪問薬剤管理指

導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、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の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。

③ 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 地域支援体制加算 2

(イ) 調剤基本料 1 を算定していて、アの（イ）の基準を満たしている。

① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。

② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。

③ 調剤管理料の重複投薬・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の算定回数の合計が40回以上であること。

ほか。

ウ 地域支援体制加算 3

(イ) 調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、イの（イ）の①から⑨までの 9 つの要件のうち、④及び⑦を含む 3 項目以上を満たすこと。

(ロ) 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、必要な指導を行うことができること。

エ 地域支援体制加算 4

調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、イの（イ）の①から⑨までの 9 つの要件のうち 8 項目以上を満たすこと。

○ 連携強化加算

○ 地域支援体制加算を算定している場合であって、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において、調剤を行った場合に算定できる。

○ なお、災害又は新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保している保険薬局をホームページ等で広く周知すること。

□ 施設基準

(1) 他の保険薬局等との連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。

イ 都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。

ウ 災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。

(2) 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

○ 後発医薬品調剤体制加算

○ 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）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して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、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

○ 特別調剤基本料を算定している保険薬局においては、後発医薬品調剤体制加算の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

□ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

1 後発医薬品調剤体制加算 1

(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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が80%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。

2 後発医薬品調剤体制加算 2

(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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が85%以上であること。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3 後発医薬品調剤体制加算 3

(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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が90%以上であること。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

○ 調剤基本料注8に規定する保険薬局

後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から5点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

□ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

以下のいずれかに該当する保険薬局は調剤基本料を5点減算する。ただし、処方箋受

付回数が1月に600回以下の保険薬局を除くものとする。

- (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50%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、やむを得ないものを除く。
- (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）局長への報告していないこと。

○ 分割調剤

・ 長期保存の困難性等の理由による分割調剤

ア 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、調剤を行う場合であって、処方薬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。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。

イ 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等に記入すること。

・ 後発医薬品の試用のための分割調剤

ア 後発医薬品に係る処方箋受付において、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、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。

イ 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等に記入すること。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等に記入すること。

ウ 1処方箋について、長期保存の困難性等の理由による分割調剤の2回目以降の調剤と後発医薬品の試用のための分割調剤の2回目の調剤を同一の保険薬局において同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。

・ 医師の指示による分割調剤

ア 医師の分割指示に係る処方箋受付（長期保存の困難性等の理由による分割調剤及び

後発医薬品の試用のための分割調剤に該当する場合を除く。)において、患者の同意の下、分割調剤を行った場合、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医(以下この表において「処方医」という。)に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる薬剤調製料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料(区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。)は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

イ 調剤基本料及びその加算、薬剤調製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。ただし、服薬情報等提供料については、分割回数で除していない点数を算定できる。

ウ 医師の指示による分割調剤の場合、保険薬局の保険薬剤師は、以下を実施する。

(イ) 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べきである旨を説明する。

(ロ) 患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

(ハ) 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。

(ニ) 2回目以降の調剤において患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。

- ・ 残薬の有無
- ・ 残薬が生じている場合はその量及び理由
- ・ 患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無・副作用が疑われる場合はその原因の可能性のある薬剤の推定

○ リフィル処方箋による調剤

・ 通則

ア リフィル処方箋による調剤を行う場合は、所定の要件を満たせば、調剤技術料及び薬学管理料を算定できる。なお、リフィル処方箋による調剤を行うごとに、処方箋受付回数1回として取扱う。

イ 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)において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

・ リフィル処方箋による調剤

ア 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋による1回目又は2回目(総使用回数3

回の場合)の調剤を行う場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を所定の欄に記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却すること。その際、必要な事項が記入されたリフィル処方箋の写しを調剤録とともに保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

イ 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤を行うに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤を行うことが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

ウ 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋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。

エ 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。次回の来局の希望があるにもかかわらず予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により患者の状況を確認すること。

オ 保険薬局の保険薬剤師は、患者が次回の調剤を他の保険薬局において受けることを申し出た場合は、調剤の状況とともに必要な情報を当該他の保険薬局に提供する又は当該情報を記録したものを患者に提供すること。

区分01 薬剤調製料

(1) 内服薬

○ 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）の薬剤調製料については、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

○ 嚥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。

(イ) 嚥下困難者用製剤加算は、嚥下障害等があつて、薬価基準に記載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砕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。

(ロ) 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。

(ハ) 嚥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。

(ニ) 1剤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をを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。

(ホ) 嚥下困難者用製剤加算を算定した場合には、外来服薬支援料2は算定できない。

(ヘ) 薬剤師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。

(ト) 個々の患者に対し薬価基準に記載されている医薬品の剤形では対応できない場合は、嚥下困難者用製剤加算を算定できない。

(2) 頓服薬

屯服薬の薬剤調製料は、調剤した剤数、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

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。

(4) 湯薬

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に煎じる量ごとに分包したものをいう。

(5) 注射薬

注射薬の薬剤調製料は、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。

(6) 外用薬

- ・ 外用薬の薬剤調製料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき算定する。
- ・ 外用薬の薬剤調製料は、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。

(7) 注射薬の無菌製剤

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剤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6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（医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成16年厚生労働省告示第185号）に掲げる医薬品等）をいう。

(8) 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬加算

当該加算は、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点を加算するものであり、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。

(9) 調剤技術料の時間外加算等

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11」までを適用して算出した点数）、薬剤調製料、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算並びに調剤管理料の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び医療情報・システム基盤整備体制充実加算は基礎額に含まない。

(10) 薬剤調製料の夜間・休日等加算

夜間・休日等加算は、午後7時（土曜日にあつては午後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つて、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、処方箋受付1回につき、薬剤調製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。

(11) 自家製剤加算

- ・ 「錠剤を分割する場合」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と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算定できない。

- ・錠剤を分割して予製剤とする場合においては、予製剤とする場合又は錠剤を分割する場合と同様に自家製剤加算の所定点数を100分の20にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

6 第2節 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。
- 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」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、本ガイドラインに定められた電子署名（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PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

区分10の2 調剤管理料

- 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

- (1) 調剤管理料は、同一患者の1回目の処方箋受付時から算定できる。
- (2) 調剤管理料1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。
- (3) 内服薬について、隔日投与等の指示により患者が服用しない日がある場合における調剤管理料1は、実際の投与日数により算定する。
- (4) 調剤管理料2は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。また、調剤管理料1を算定した場合は、調剤管理料の2は算定することができない。
- (5) 同一薬局で同一処方箋を分割調剤（薬剤の保存が困難である等の理由による分割調剤又は後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）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。
- (6) 医師の指示による分割調剤における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、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。また、処方医に対して情報提供した内容を薬剤服用歴等に記載する。

- ・残薬の有無
 - ・残薬が生じている場合はその量及び理由
 - ・患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無
 - ・副作用が疑われる場合はその原因の可能性のある薬剤の推定
- (7) 薬剤服用歴等
- 薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、次の事項等を記載し、最終記入日から起算して3年間保存すること。なお、薬剤服用歴等への記載は指導後速やかに完了させること。
- 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、必要に応じ緊急連絡先）
 - イ 処方及び調剤内容等（処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等）
 - 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を含む。）
 - オ オンライン資格確認等システムを通じて取得した患者の薬剤情報又は特定健診情報等
 - カ 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
 - キ 服薬状況（残薬の状況を含む。）
 - ク 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
 - ケ 服薬指導の要点
 - コ 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。また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめなかった場合は、その理由）
 - サ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点
 - シ 指導した保険薬剤師の氏名
- (8) 重複投薬・相互作用等防止加算
- ア 重複投薬・相互作用等防止加算は、薬剤服用歴等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処方箋受付1回につき算定する。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、調剤管理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。
 - (イ) 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）
 - (ロ) 併用薬、飲食物等との相互作用
 - (ハ) そのほか薬学的観点から必要と認める事項
 - ウ 「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。

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等に記載する。

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。

カ 当該加算は、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、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を算定している患者については算定できない。

(9) 調剤管理加算

○ 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、加算する。

□ 別に厚生労働大臣が定める保険薬局（施設基準）

過去一年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績を有していること。

ア 調剤管理加算は、複数の保険医療機関から合計で6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者であって、初めて処方箋を持参した場合又は2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により内服薬の変更又は追加があった場合に、患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、重複投薬、相互作用等の有無を確認した上で、手帳、オンライン資格確認等システムを活用した薬剤情報や特定健診等情報、薬剤服用歴等、直接患者又はその家族等から収集した服薬状況等の情報等に基づき、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的分析を行った場合に処方箋受付1回につき算定する。

イ 算定に当たっては、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、必要に応じ処方医に情報提供すること。

ウ アにおいて確認した服薬状況等の情報及び薬学的分析の要点について薬剤服用歴等に記載する。

エ 調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。

オ 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銘柄ごとに1種類として計算する。

カ 患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うに当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

キ 「2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合」とは、薬剤服用歴等が保存されている患者において、当該保険薬局で調剤している内服薬について、処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合又は内服薬の種類数が1種類以上増加した場合をいう。な

お、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は、内服薬の種類が変更した場合に含めない。

(10) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

○ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オンライン資格確認の導入の原則義務化を踏まえ、オンライン資格確認を導入している保険薬局において、患者に係る十分な情報を活用して調剤を実施すること等を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合に、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を算定する。

ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を算定する。

□ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

(1) 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51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。

(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。

(3) (2)の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

区分10の3 服薬管理指導料

○ 通則

(1) 服薬管理指導料は、同一患者の1回目の処方箋受付時から算定できる。

(2) 服薬管理指導料は、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者の場合、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る。

○ 服薬管理指導料「1」及び「2」

○ 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回につき算定する。

- ・ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

- ・ 服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

- ・ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用

に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

- ・ これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。
- ・ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。
- ・ 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。

(1) 服薬管理指導料「1」及び「2」は、保険薬剤師が、患者の薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認した上で、(2)の「薬剤の服用に関する基本的な説明」及び(3)の「患者への薬剤の服用等に関する必要な指導」の全てを対面により行った場合に、以下の区分により算定する。

ア 服薬管理指導料「1」

3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの

イ 服薬管理指導料「2」

以下のいずれかに該当する患者

- (イ) 初めて処方箋を持参した患者
- (ロ) 3月を超えて再度処方箋を持参した患者
- (ハ) 3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示しないもの

(2) 薬剤の服用に関する基本的な説明

患者ごとに作成した薬剤服用歴等に基づいて、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、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。また、必要に応じて、製造販売業者が作成する医薬品リスク管理計画（RMP：Risk Management Plan）に基づく患者向け資材を活用すること。

- (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) 調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報
- (ヘ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名
- (ト) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

(3) 患者への薬剤の服用等に関する必要な指導

ア 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、残薬の状況等の情報を収集し、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。患者に対して実施した指導等の要点について薬剤服用歴等に記載すること。

イ 以下の事項については、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。

- (イ) 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
 - (ロ) 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）
 - (ハ) 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
 - (ニ) 服薬状況（残薬の状況を含む。）
 - (ホ) 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
- (4) 継続的服薬指導
- 保険薬剤師が、薬剤交付後においても、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について、継続的な確認のため、必要に応じて指導等を実施すること。
- ア 保険薬剤師が、患者の服用している薬剤の特性や患者の服薬状況等に応じてその必要性を個別に判断した上で適切な方法で実施すること。
- イ 保険薬剤師が必要と認める場合は、薬剤交付後においても電話等により、(3)のイに掲げる内容について、保険薬剤師が患者等に確認し、その内容を踏まえ、必要な指導等を実施すること。
- ウ 患者に対して実施した指導等を行った場合は、その要点について薬剤服用歴等に記載すること。
- エ 電話や情報通信機器を用いた方法により実施して差し支えないが、患者等に電子メールを一律に一斉送信すること等をもって対応することは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて対応する必要があること。
- オ 継続的服薬指導に当たっては、「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き」（日本薬剤師会）等を参考とすること。
- (5) 指導等に係る留意点
- (2)から(4)までの業務を行うに当たっては、以下の点に留意すること。
- ア 情報提供等
- ・ 2の(2)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することができる。なお、薬剤情報提供文書については、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つてはその理由を薬剤服用歴等に記載する。
 - ・ 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。
 - ・ 指導の内容等について、処方医へ情報提供した場合は、その要点について記録すること。
- イ 服薬指導

- 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等を参照した上で、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、薬剤服用歴等に記載する。なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とする。
- 服薬指導に当たっては、抗微生物薬の適正使用の観点から、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省）を参考とすること。
- ポリファーマシーへの対策の観点から、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」）（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考とすること。また、必要に応じて、患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。その際、日本老年医学会及び日本老年薬学会が作成する「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」等を参考にすること。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

ウ 手帳

- 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次の①から④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。
 - ① 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
 - ② 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
 - ③ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録
 - ④ 患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等
 - ①から③までの手帳の欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。
 - ④については、当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。
- 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等に記載する。なお、手帳を活用しているが、持参を忘れたこと等により提示できない患者に対しては、「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、次回以降は手帳を提示するよう指導すること。
- 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。

- ・ 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う。また、患者が、保険医療機関や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等に記載する。
- ・ 患者が手帳の持参を忘れたことにより提示できない場合は、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提示した場合は、当該文書が貼付されていることを確認する。
- ・ 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27日薬生総発第1127第4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。
- ・ 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。
- ・ 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。

エ その他

(3)のエの残薬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等に記載する。

○ 服薬管理指導料「3」

- 保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、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。
 - ・ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと
 - ・ 服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
 - ・ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
 - ・ これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。

- ・ 必要に応じて、薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。
- ・ 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。

- （１） 服薬管理指導料「３」は、保険薬剤師が患者の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。）に対して対面により必要な指導等を行った場合に算定する。特別養護老人ホームの患者等（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、情報通信機器を用いた服薬指導（以下「オンライン服薬指導」という。）等を行った場合においても、服薬管理指導料「３」を算定することとし、服薬管理指導料「４」は算定できない。
- （２） 服薬管理指導料「３」についても、「区分１０の３ 服薬管理指導料」の２の（２）から（４）に関する業務を実施すること。ただし、（３）のイについては、必要に応じて実施すること。

○ 服薬管理指導料「４」

- 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。

- （１） 服薬管理指導料「４」は、オンライン服薬指導等を行った場合に、以下の区分により算定する。ただし、特別養護老人ホームの患者等（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、オンライン服薬指導等を行った場合においては、服薬管理指導料「３」を算定する。
 - ア 服薬管理指導料「４のイ」
３月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの
 - イ 服薬管理指導料「４のロ」
以下のいずれかに該当する患者
 - （イ） 初めて処方箋を持参した患者
 - （ロ） ３月を超えて再度処方箋を持参した患者
 - （ハ） ３月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示していないもの
- （２） オンライン服薬指導等により、服薬管理指導料に係る業務を実施すること。
- （３） 医薬品医療機器等法施行規則（昭和 36 年厚生省令第 1 号）及び関連通知又は厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則（平成 26 年厚生労働省令第 33 号）及び関連通知に沿って実施すること。
- （４） 薬剤を患者に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。
 - * 指導内容の要点等を必ず薬剤服用歴等に記載する。
 - * 薬剤服用歴等は患者情報を集積したものであり、適切な服薬指導を行うためには必要不可欠なものである。
 - * 薬剤服用歴の記録への記載について、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直ちに参照できるよう患者ごとに保存・管理する。

- * 薬剤服用歴等は、調剤報酬請求（薬学管理料）の根拠となる記録である。
- * 処方箋の受付の都度、患者情報を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要な服薬指導を行う。
- * 各種指導や情報提供は、その時点における個々の患者の状態等を考慮して、当該患者にとって何が必要かをその都度判断することが必要である。
- * 疾病に関する一般的な生活指導は薬学的管理とは言えない。
- * 保険薬剤師自身が個々の患者の算定可否を判断し、機械的に一律に算定を行わない。

○ 特定薬剤管理指導加算 2

- がん患者に対する薬局での薬学的管理等を評価するもの。
- 連携充実加算を届け出ている保険医療機関で抗悪性腫瘍剤の注射を投与され、保険薬局で抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を受ける患者が対象
- 患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を保険医療機関に情報提供した場合月 1 回に限り算定できる。

- 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、月 1 回に限り加算する。
- この場合において、服薬情報等提供料は算定できない。

□ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

- (1) 施設基準の届出時点において、保険薬剤師としての勤務経験を 5 年以上有する薬剤師が勤務していること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を 1 年以上有する場合、1 年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
 - (2) 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ィ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。
 - (3) 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、必要な指導を行うことができる体制が整備されていること。
 - (4) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師が年 1 回以上参加していること。
- (1) 特定薬剤管理指導加算 2 は、医科点数表の区分番号「B 0 0 1 - 2 - 12」の「注 6」

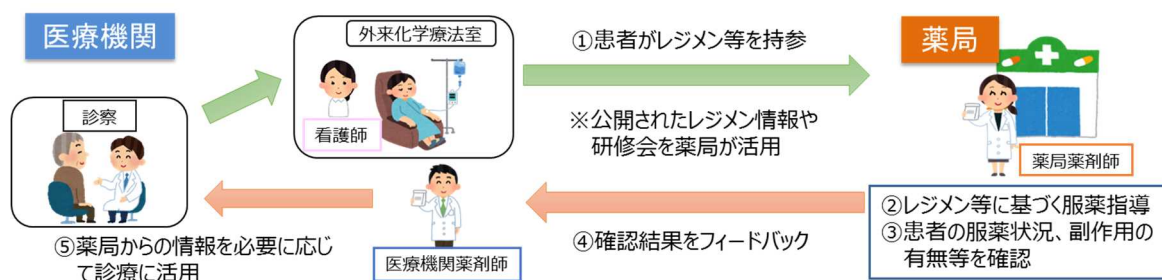
に規定する連携充実加算を届け出ている保険医療機関において、抗悪性腫瘍剤を注射された悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局の保険薬剤師が以下のアからウまでの全てを実施した場合に算定する。

ア 当該患者のレジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うこと。

イ 当該患者が注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、電話等により服用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者又はその家族等を確認すること。

ウ イの確認結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供すること。

- (2) 「抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局」とは、患者にレジメン（治療内容）等を交付した保険医療機関の処方箋に基づき、保険薬剤師が抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤を調剤する保険薬局をいう。
- (3) 特定薬剤管理指導加算 2 における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）等を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。
- (4) 電話等による患者の服薬状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認は、電話の他、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「ビデオ通話」という。）による連絡及び患者が他の保険医療機関の処方箋を持参した際の確認が含まれる。電話又はビデオ通話により患者に確認を行う場合は、あらかじめ患者に対し、電話又はビデオ通話を用いて確認することについて了承を得ること。
- (5) 患者の緊急時に対応できるよう、あらかじめ保険医療機関との間で緊急時の対応方法や連絡先等について共有することが望ましい。また、患者の服薬状況の確認において、重大な副作用の発現のおそれがある場合には、患者に対して速やかに保険医療機関に連絡するよう指導することや受診勧奨を行うことなどにより、必要な対応を行うこと。
- (6) 保険医療機関に対して情報提供した文書の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴等に添付又は記載する。
- (7) 当該加算の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。
- (8) 患者 1 人につき同一月に 2 回以上の情報提供を行った場合においても、当該加算の算定は月 1 回のみとする。
- (9) 抗悪性腫瘍剤等に関する患者の服用状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認を行う際に、他の保険医療機関又は他の診療科で処方された薬剤に係る情報を得た場合には、必要に応じて、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関等に情報提供を行うこと。この場合において、所定の要件を満たせば服薬情報等提供料を算定できる。



○ 乳幼児服薬指導加算

○ 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、当該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、加算する。

- (1) 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、年齢、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。
- (2) 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薬剤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とともに、その要点について、薬剤服用歴等に記載すること。
- (3) (1)における確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴等及び手帳に記載する。

○ 小児特定加算

○ 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該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、加算する。

○ この場合において、乳幼児服薬指導加算は算定できない。

- (1) 小児特定加算は、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る調剤において、患者又はその家族等に患者の服薬状況等を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。
- (2) 小児特定加算は、次に掲げる薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。
 - ア 患者の服薬状況及び服薬管理を行う際の希望等について、患者又はその家族等から聞き取り、当該患者の薬学的管理に必要な情報を収集する。
 - イ アにおいて収集した情報を踏まえ、薬学的知見に基づき調剤方法を検討し調剤を行うとともに、服用上の注意点や適切な服用方法等について服薬指導を行う。
- (3) 小児特定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薬剤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。
- (4) 確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴等及び手帳に記載する。
 - (5) 当該加算は乳幼児服薬指導加算と併算定することはできない
- 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

○ 直近の調剤において、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、服薬管理指導料1及び2に掲げる指導等の全てを行った場合には、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、59点を算定する。

□ 別に厚生労働大臣が定めるもの

- 1 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。
- (1) 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を1年以上有する場合、1年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
 - (2) 当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。
- (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（1名までの保険薬剤師に限る。以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師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服薬指導等を行った場合に算定できる。
- (2) 当該特例は、当該保険薬局における当該患者の直近の調剤において、区分13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者について算定できるものとする。
- (3) 算定に当たっては、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行うことについて、患者が希望する場合は、文書で患者の同意を得ること。その場合、当該保険薬剤師の氏名について当該文書に記載すること。
- (4) かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師がかかりつけ薬剤師指導料の（6）に準じて、服薬管理指導料1及び2に規定する指導等を全て行った場合に算定する。
- (5) かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師は、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化及び当該患者の指導において注意すべき事項等の情報をかかりつけ薬剤師と共有すること。
- (6) かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行った場合は、当該服薬指導

等の要点について薬剤服用歴等に記載するとともに、かかりつけ薬剤師に必要な情報を共有すること。

区分13の2 かかりつけ薬剤師指導料

- (1) かかりつけ薬剤師指導料は、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) 算定に当たっては、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、患者に対し、別紙様式2を参考に作成した同意書に、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、同意を得る。また、かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。必要な記入を行った同意書は、当該保険薬局において保管し、当該患者の薬剤服用歴等にその旨を記載する。なお、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行うことについて、患者が希望する場合は、あらかじめ文書で患者の同意を得ること。その場合、当該保険薬剤師の氏名について当該文書に記載すること。

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

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、医科点数表の区分番号「A001」の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料若しくは区分番号「B001-2-10」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。

区分14の2 外来服薬支援料

＜ 外来服薬支援料1＞

- 自己による服薬管理が困難な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て、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。
- ただし、区分番号15に掲げる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、算定しない。
- 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て、患者又はその家族等が保険

薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

〈 外来服薬支援料 2 〉

- 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て、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

○ 外来服薬支援料 1

- (1) 外来服薬支援料 1 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等の活用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、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。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。

○ 外来服薬支援料 2

- (1) 外来服薬支援料 2 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と判断される場合に、医師の了解を得た上で、処方箋受付ごとに、一包化を行い、患者の服薬管理を支援した場合について評価するものである。
- (2) 外来服薬支援料 2 は、処方箋受付 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 34 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 240 点を算定する。この場合において、外来服薬支援料 1 は算定できない。
- (3) 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 剤であっても 3 種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、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。
- (4) 薬剤師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薬剤服用歴等に記載する。
- (5) 患者の服薬管理を支援するため、一包化した場合には必要な服薬指導を行った上で、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、必要に応じ処方医に情報提供する。
- (6) 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、処方箋受付 1 回につき 1 回に限り算定する。

- (7) 同一薬局で同一処方箋に係る分割調剤（調剤基本料の「注9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤又は「注10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）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。
- (8) 外来服薬支援料2を算定した範囲の薬剤については、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は算定できない。
- (9) 外来服薬支援料2を算定する場合は、当該処方箋の調剤に係る調剤技術料を同時に算定できる。

区分14の3 服用薬剤調整支援料

< 服用薬剤調整支援料1 >

- 服用薬剤調整支援料1は、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、当該患者の意向を踏まえ、当該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である。
- 処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り算定する。

< 服用薬剤調整支援料2 >

- 複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り算定する。

○ 服用薬剤調整支援料1

- ・ 患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うに当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

○ 服用薬剤調整支援料2

- ・ 服用薬剤調整支援料2は、複数の保険医療機関から内服薬が合計で6種類以上処方されている患者に対して、患者若しくはその家族等の求めに応じて、保険薬局の保険薬剤師が、重複投薬等の解消のために以下の取組を全て行った場合に算定する。

- (イ) 患者の服用薬について、手帳の確認、患者への聞き取り又は他の保険薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握すること。なお、同種・同効薬が

処方されている場合は、必要に応じて処方の背景を処方医又は患者若しくはその家族等に確認すること。

(ロ) 重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案を検討し、当該提案及び(イ)の内容を記載した報告書を作成し、処方医に対して送付すること。

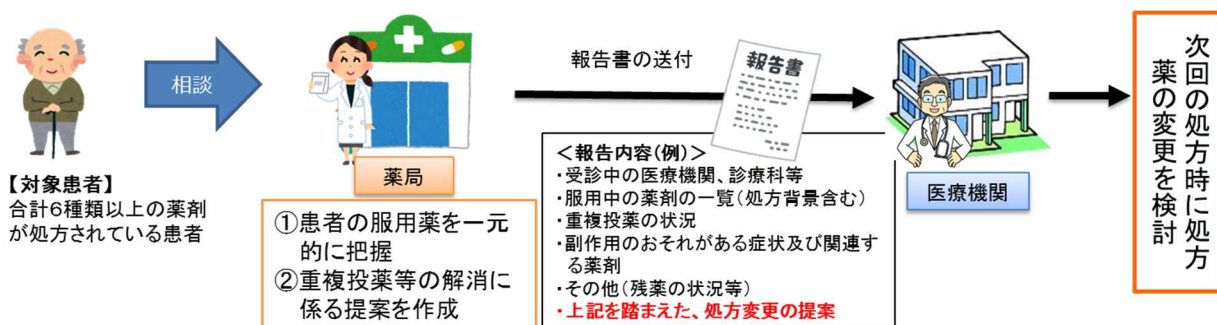
□ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

服用薬剤調整支援料 2 のイに関する施設基準

(1) 重複投薬等の解消に係る実績として、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処方医に減薬の提案を行った結果、当該保険薬局で調剤している当該内服薬の種類数が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週間以上継続したことが過去一年間に1回以上あること。

(2) 前年3月1日から当年2月末日までの重複投薬等の解消に係る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。ただし、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場合は、指定された日に属する月の翌月から、当年2月末日までの実績をもって該当性を判断する。

(3) (1)について、服用薬剤調整支援料1を算定していない場合においても、重複投薬等の解消に係る提案及び実績について、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、提案の記録については、提案に係る文書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することで差し支えない。



区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

○ あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で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、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建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を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（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あっては、週2回かつ月8回）に限り算定する。

○ 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、定期的に訪問して訪問薬剤管理指導を行った場合の評

価であり、継続的な訪問薬剤管理指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。

- 在宅で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、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、月4回（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あっては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。

- 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文書で行った場合に、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3まで及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月4回に限り算定する。在宅患者訪問薬剤管理指導料は、定期的に訪問して訪問薬剤管理指導を行った場合の評価であり、継続的な訪問薬剤管理指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族又は介助者等の助けを借りずに来局ができる者等は、来局が容易であると考えられるため、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。なお、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患者を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。また、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。

- ・ 薬学的管理指導計画

ア 「薬学的管理指導計画」は、処方医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、薬剤特性（薬物動態、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。

イ 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存する。

ウ 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。

エ 訪問後、必要に応じ新たに得られた患者の情報を踏まえ計画の見直しを行う。

オ 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。

- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月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、在宅患者オンライン薬剤管理指導料と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。
- ・ 保険薬剤師1人につき在宅患者訪問薬剤管理指導料1、2及び3並びに在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて週40回に限り算定できる。
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2調剤管理料」の1の(6)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いといけない。
 - 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、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）、重複服用、相互作用等に関する確認、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あっては、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の要点
 - カ 在宅協力薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行った場合には、(4)のイで規定する事項

○ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者オンライン薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局において、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、情報通信機器を用いた薬剤管理指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、在宅患者訪問薬剤管理指導料1、2及び3並びに在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月4回に限り算定する。
- (2) 当該指導料は、保険薬剤師1人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。
- (3) 在宅患者オンライン薬剤管理指導により、服薬管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知又は厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (5) 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン薬剤管理指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。

- (6) 患者の薬剤服用歴等を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう必要な情報を手帳に添付又は記載すること。
- (7) 薬剤を患家に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。
- (8) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (9) 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン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、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。

○ 麻薬管理指導加算

○ 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき加算する。

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患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点を所定点数に加算する。

イ 麻薬管理指導加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン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、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)及び「区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の1の(10)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。

- (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、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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等に添付することで差し支えない。）

○ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

○ 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、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（情報通信機器を用いた場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。

○ この場合において、麻薬管理指導加算は算定できない。

□ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に関する施設基準

(1) 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、必要な指導を行うことができること。

(2) 医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

ア 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液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患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。

ウ 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。

エ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、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。

オ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)及び「区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の1の(10)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いならない。

(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、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

(ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指

導、残液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した訪問結果に関する情報(麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)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) 患者又はその家族等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等に添付することで差し支えない。)

カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

○ 乳幼児加算

- ・ 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。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点を所定点数に加算する。

○ 小児特定加算

- ・ 小児特定加算は、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点を所定点数に加算する。また、乳幼児加算を併算定することはできない。

○ 在宅中心静脈栄養法加算

- 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、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合(情報通信機器を用いた場合を除く。)は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき加算する。

□ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

在宅中心静脈栄養法加算に関する施設基準

- (1) 医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第39条の3第1項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

ア 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患家を訪問し、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定す

る。

イ 当該患者に対し2種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

ウ 在宅中心静脈栄養法加算は、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。

エ 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)及び「区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の1の(10)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。

(イ) 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容(輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無、薬剤の配合変化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(輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等)

(ハ) 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報(輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。)の要点

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の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の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な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家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、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1及び2並びに在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を合わせて月4回に限り算定する。

(2) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象疾患の急変等に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

(3) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象となっていない疾患の急変等に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

(4) (2)及び(3)については、情報通信機器を用いて療養上必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する。この場合において、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は算定できない。

- (5) (2)から(4)までについては、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。
- (6) 「区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の1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在宅協力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15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の1の(4)の取扱いに準ずること。
- (7) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)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又は当該保険医と連携する他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 保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- (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患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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。ただし、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点を所定点数に加算する。
 - イ 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、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)及び「区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」の(7)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。
 - (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、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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等に添付することで差し支えない。）
- (9) 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
- ア 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液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患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。
- イ 当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。
- ウ 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。
- エ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、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。
- オ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)及び「区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」の(7)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。
- (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、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）
- (ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液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した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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) 患者又はその家族等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等に添付することで差し支えない。）
- カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。
- (10) 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。ただし、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点を所定点数に加算する。
- (11) 小児特定加算は、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点を所定点数に加算する。また、乳幼児加算を併算定することとは

きない。

(12) 在宅中心静脈栄養法加算

ア 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者に対し2種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

ウ 在宅中心静脈栄養法加算は、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。

エ 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)及び「区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」の(7)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。

- (イ) 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化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（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）
- (ハ) 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

- 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の病状の急変や、診療方針の大幅な変更等の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又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、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、患家を訪問した上で患者に対し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うものであること。また、カンファレンス及びそれ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。
- 在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患家を訪問

して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。また、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。

○ 当該カンファレンスは、保険薬局の保険薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。ただし、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。

○ 上記において、患者の個人情報等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通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」に対応していること。

○ 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)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 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又は当該保険医と連携する他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 保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

○ 在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料は別に算定できない。また、情報通信機器を用いて療養上必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定し、在宅患者緊急時等共同指導料は算定できない。

○ 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患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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 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、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)及び「区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料」の(6)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。

(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、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)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等に添付することで差し支えない。)

○ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

ア 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液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患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。

ウ 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。

エ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、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。

オ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)及び「区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料」の(6)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。

(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、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無などの確認等)

(ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、残液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した訪問結果に関する情報(麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)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) 患者又はその家族等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等に添付することで差し支えない。)

カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

○ 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。

○ 小児特定加算は、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はそ

の家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。また、乳幼児加算を併算定することはできない。

○ 在宅中心静脈栄養法加算

ア 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者に対し2種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

ウ 在宅中心静脈栄養法加算は、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。

エ 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2 調剤管理料」の1の(6)及び「区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料」の(6)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。

(イ) 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化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（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）

(ハ) 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

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、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士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）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、医科点数表の第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) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(3) (2)において、患者の個人情報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通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」に対応していること。

区分15の5 服薬情報等提供料

- 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を目的とするものである

<服薬情報等提供料1>

- 保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。

<服薬情報等提供料2>

- 患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

<服薬情報等提供料3>

- 入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。

○ 服薬情報等提供料1

分割調剤時の服薬情報等提供料の取扱い等の見直し

医師の指示による分割調剤を実施する際に処方医に情報提供を行う場合、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）で算定できる。

〈算定要件〉（追加箇所のみ）

医師の指示によ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、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。また、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。

- 残薬の有無
- 残薬が生じている場合はその量及び理由
- 副作用の有無
- 副作用が生じている場合はその原因の可能性のある薬剤の推定

○ 服薬情報等提供料3は、以下の場合に算定できる。

- ア 入院を予定している患者について、保険医療機関の求めがあった場合において、患者が服用中の薬剤について、当該患者若しくはその家族等への聞き取り又は他の保険

薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、患者が入院を予定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に算定できる。

イ 保険医療機関の求めについては、患者が入院を予定している保険医療機関からの求めのほか、患者が受診している他の保険医療機関からの求めを含む。

ウ 患者の服用薬等については、当該保険薬局で調剤した薬剤、他の保険薬局で調剤された薬剤、保険医療機関で院内投薬された薬剤等を一元的に把握すること。

エ 算定に当たっては、別紙様式 1 - 2 又はこれに準ずるものを用いて、以下の内容について保険医療機関への情報提供を行うこと。

- ・受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報
- ・服用中の薬剤の一覧
- ・患者の服薬状況
- ・併用薬剤等の情報

○ 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料を算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。また、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料若しくは在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に係る情報提供を行った場合は算定できない。

区分 15 の 7 経管投薬支援料

- 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を開始する場合に、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援を行った場合を評価するもの。
- 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者が対象
- 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て、患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関し必要な支援を行った場合、初回に限り算定できる。

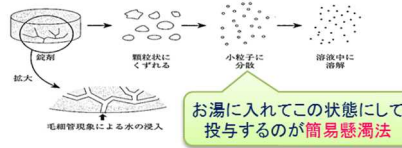
ア 主な算定要件

- ・患者に簡易懸濁法による薬剤の服用に関し必要な支援を行った場合に算定できる。
〈必要な支援〉
 - 簡易懸濁法に適した薬剤の選択の支援
 - 患者の家族又は介助者が簡易懸濁法により経管投薬を行うために必要な指導
 - 必要に応じて保険医療機関への患者の服薬状況及びその患者の家族等の理解度に係る情報提供
- ・当該加算に係る服薬支援は、以下の場合に患者の同意を得て行う。
 - 保険医療機関からの求めがあった場合
 - 家族等の求めがあった場合等、服薬支援の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき

イ 留意事項

- ・患者 1 人につき複数回の支援を行った場合においても、1 回のみの算定とする。

※錠剤粉砕・カプセル開封をせずに、投与時にお湯（約55℃）等に入れて崩壊・懸濁を待ち（10分程度）、経管投与する方法



医師・看護師等

① 薬剤選択の相談・提案

(看護師等に簡易懸濁法の手技等を説明)

③ 患者等の状況の報告



薬局薬剤師



② 在宅で簡易懸濁法の手技等を説明

状況のモニタリング



家族・介護者等

IV 保険調剤に関するその他の留意事項

1 明細書

電子情報処理組織の使用又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求（以下「レセプト電子請求」という。）を行うことが義務づけられた保険薬局は、領収証を交付するに当たっては、明細書を無償で交付しなければならない。

（留意点）

- ・ 病名告知や患者のプライバシーに配慮するため、明細書を発行する旨や、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出るよう、薬局内掲示等を行うことで、患者の意向を的確に確認できるようにすること。
- ・ 公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、明細書を無償で交付しなければならないこと。
- ・ レセプト電子請求が義務付けられてない保険薬局については、明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を薬局内掲示等で明示すること。

2 届出事項の変更

保険薬局の開設者は、次の事由が生じたときは、速やかに、その旨及びその年月日を指定に関する管轄地方厚生局長等に届け出なければならない。

- ・ 管理薬剤師の変更（異動）
- ・ 保険薬剤師の異動
- ・ 開設者の変更（異動）
- ・ 保険薬剤師の氏名の変更
- ・ 保険薬局の名称の変更
- ・ 保険薬局の所在地の変更（区画変更等）

3 標示・掲示

保険薬局は、次のような掲示等を行わなければならない。

（一部届出に応じて行うものを含む。）

- ・ 「保険薬局」である旨の標示
- ・ 開局時間、休業日並びに時間外、休日、深夜における調剤応需体制に関する事項
- ・ 調剤報酬点数表に関する事項
- ・ 地域支援体制加算に関する事項
- ・ 後発医薬品調剤体制加算に関する事項
- ・ 無菌製剤処理加算に関する事項
- ・ 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事項
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料に関する事項
- ・ 明細書の発行状況に関する事項

等

4 医療保険と介護保険の給付調整

要介護被保険者又は居宅要支援被保険者（以下「要介護被保険者等」という。）については、原則として、介護保険給付が医療保険給付より優先される（健康保険法第55条第2項）が、別に厚生労働大臣が定める場合については、医療保険から給付できるとされており、これを医療保険と介護保険の給付調整という。

（1）医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

〈医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費、特別療養費及び特別診療費の算定における留意事項〉

医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床又は介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設に入所した場合、当該転床又は入所した週において、医療保険の薬剤管理指導料を算定している場合には、特定診療費、特別療養費又は特別診療費として定められた薬剤管理指導は算定できないものであること。また、介護保険適用病床から医療保険適用病床に転床又は介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設から医療保険適用病床に入院した場合についても同様であること。

（2）介護調整告示について

要介護被保険者等である患者（介護医療院に入所中の患者を除く。）に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものであること。

（3）医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

〈月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について〉

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、1月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月4回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものであること。

5 その他

（1）調剤報酬請求の適正化

- ・ 健康保険法及び調剤報酬点数表、薬剤師法、医薬品医療機器等法関係法令について十分に理解し、保険調剤を行う必要がある。（知りませんでした、勉強不足でした、は通用しません。）
- ・ 調剤報酬請求に当たっては、保険薬剤師が、処方箋、調剤録、レセプトとの突合チェックを行い、適切な請求を行うことが重要である。
- ・ 審査支払機関からの増減通知については、確認後すぐに廃棄せずに保管し、翌月以降の調剤報酬請求に活用するなど、常に適正化に努める必要がある。

（2）健康保険法に基づく指導への理解等

- ・ 薬局開設者は、指導の主旨を十分に理解し、指導に出席してください。
- ・ 薬局の開設者が複数の保険薬局を開設している場合は、指導（結果）の内容を踏まえ、他の保険薬局についても自主的な点検を実施し、保険調剤のより一層の質的向上及び適正化を図ってください。

V 健康保険法等に基づく指導・監査

1 根拠法令等

(1) 根拠法令

健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律

(2) 実施に関する基本的事項の規定（保険局長通知）

指導大綱、監査要綱

2 指導

(1) 目的、指導方針（指導大綱）

ア 保険調剤の質的向上及び適正化を図る。

イ 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を主眼とし、懇切丁寧に行う。

(2) 指導の対象

社会保険の医療担当者である保険薬局及び保険薬剤師

健康保険法の場合の規定

（厚生労働大臣の指導）

第73条 保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。

(3) 指導形態

ア 集団指導、集団的個別指導、個別指導がある。

イ 個別指導には、

(ア) 地方厚生(支)局及び都道府県が実施

都道府県個別指導

(イ) 厚生労働省並びに地方厚生(支)局及び都道府県が実施

共同指導

特定共同指導・・・同一開設者に係る複数の都道府県に所在する保険薬局が対象

(4) 個別指導後の措置

「概ね妥当」、「経過観察」、「再指導」、「要監査」がある。

3 監査

(1) 監査方針（監査要綱）

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、的確に事実を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。

健康保険法の場合の規定

（保険医療機関又は保険薬局の報告等）

第78条 厚生労働大臣は、療養の給付に関して必要があると認めるときは、保険医療機関若しくは保険薬局若しくは保険医療機関若しくは保険薬局の開設者若しくは管理者、保険医、保険薬剤師その他の従業者であった者（以下この項において「開設者であった者等」という。）に対し報告若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、保険医療機関若しくは保険薬局の開設者若しくは管理者、保険医、保険薬剤師その他の従業者（開設者であった者等を含む。）に対し出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは保険医療機

関若しくは保険薬局について設備若しくは診療録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

(2) 監査後の行政上の措置

保険薬局・保険薬剤師の「取消」、「戒告」、「注意」がある。

仮に監査の場で、不正・不当な請求を行っていたことが明らかになれば、保険薬局の指定や保険薬剤師の登録の取消等の厳しい行政処分が下されることとなる。

また、不正・不当な請求により支払われた調剤報酬については、保険者に対する返還金も発生することとなる。

取消処分となった場合、原則5年間は再指定・再登録は行わないこととなっている。

(3) 不正請求の代表例

不正請求には、次のようなものがある。

- ①無資格者調剤：非薬剤師による調剤
- ②架空請求：調剤の事実がないものを調剤したとして請求
- ③付増請求：実際に行った調剤内容に実際に行っていない調剤内容を付増して請求
- ④振替請求：実際に行った調剤内容を点数の高い別の調剤内容に振替えて請求

こうした法令に対する不正な行為は、医療保険の世界に限らず社会のどの分野においてもあってはならないことであるが、特に現物給付出来高払いを基本とする医療保険制度を維持するためには致命的なものである。故意に不正請求をするのは論外であり、通常の調剤報酬請求を行っているのであれば起こり得ないものである。

保険薬局の指定や保険薬剤師の登録を取り消された場合、医療を受ける側である住民に対して多大な悪影響を与えてしまう。

POINT

- ・ 保険薬局の指定、保険薬剤師の登録がなされたということは、自らの意志で保険者との間で交わした公法上の契約に基づく調剤（保険調剤）を行うということ
- ・ 契約に違反した場合には、契約の解除（保険薬局の指定取消、保険薬剤師の登録取消）につながることもある

4 令和3年度における指導・監査等の実施状況（概況）

(1) 指導・監査等による返還金額（医科、歯科、調剤を含む。）

保険医療機関等から返還を求めた額は、48億4,051万円

(内訳) 指導による返還分：14億7,010万円

適時調査*による返還分：20億7,423万円

監査による返還分：12億9,617万円

※ 適時調査とは、施設基準を届け出ている保険医療機関等について、地方厚生(支)局が当該保険医療機関等に直接赴いて、届け出られている施設基準の充足状況を確認するために行う調査。

(2) 取消の状況

ア 保険医療機関等の指定取消：9件（うち、薬局1件）

指定取消相当：17件（うち、薬局3件）

イ 保険医等の登録取消：13名（うち、薬剤師0名）
 登録取消相当：3名（うち、薬剤師0名）

※ 「取消相当」とは、本来、取消処分（保険医療機関等の指定取消、保険医等の登録取消）を行うべき事案について、保険医療機関等が既に廃止され、又は保険医等が既にその登録を抹消している等のため、これら行政処分を行えない場合に行われる取扱いであり、取消処分の場合と同様、取消相当である旨が公表されるほか、原則として5年間、再指定（再登録）を受けることができないこととなる。

参考 監査の実施状況（保険薬局、保険薬剤師）

	保険薬局（件）		保険薬剤師（人）	
	監査を受けた数	取消処分	監査を受けた数	取消処分
平成15年度	9	6	28	2
平成16年度	5	2	10	2
平成17年度	17	5	20	6
平成18年度	7	2	15	0
平成19年度	5	4	13	5
平成20年度	3	2	12	2
平成21年度	11	0	25	0
平成22年度	14	2 [※]	38	0 [※]
平成23年度	16	4 [※]	39	3 [※]
平成24年度	9	8 [※]	17	6 [※]
平成25年度	10	1 [※]	33	1 [※]
平成26年度	7	7 [※]	32	8 [※]
平成27年度	8	1 [※]	22	1 [※]
平成28年度	7	1 [※]	40	1 [※]
平成29年度	8	1 [※]	40	0 [※]
平成30年度	8	3 [※]	18	2 [※]
令和元年度	9	3 [※]	21	0 [※]
令和2年度	7	0 [※]	21	0 [※]
令和3年度	7	4 [※]	17	0 [※]

※平成22年度以降は取消相当を含む。