

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

改定前

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **70点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **270点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **50点/38点**



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **73点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **280点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **53点/41点**

かかりつけ薬剤師の推進①

かかりつけ薬剤師の適切な推進

- 当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者の同意を得る。
 - ア かかりつけ薬剤師の業務内容
 - イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等
 - ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用
 - エ 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由
- 患者に同意書へのかかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求める。
- かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。
- 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。

同意書の様式(例)

かかりつけ薬剤師指導料について

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

- 1 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
- 2 お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
- 3 お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
- 4 処方医や地域の医療に関わる他の医療者(看護師等)との連携を図ります。
- 5 開局時間内/時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
- 6 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
- 7 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
- 8 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
- 9 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。
- 10 次回から、かかりつけ薬剤師指導料を算定します。

《薬学的観点から必要と判断した理由》(薬剤師記入欄)

《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 薬の一元的・継続的な把握 | <input type="checkbox"/> 他の医療関係者との連携 |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み合わせなどのチェック | <input type="checkbox"/> 飲み残した場合の薬の整理 |
| <input type="checkbox"/> 薬に関する丁寧な説明 | <input type="checkbox"/> 調剤後のフォロー |
| <input type="checkbox"/> 時間外の電話相談 | <input type="checkbox"/> 在宅療養が必要になった場合の対応 |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

かかりつけ薬剤師()に関する情報

【経歴】

【認定薬剤師、専門薬剤師資格】

【修了した研修】

【論文、学会発表の実績】

【所属学会・団体、その他】

【連絡先】



- かかりつけ薬剤師は、患者から血液検査などの結果の提供がある場合に、それを参考に薬学的管理・指導を行うことを明確化。
- かかりつけ薬剤師指導料等の算定実績がある場合に調剤基本料の特例対象から除く取扱いを廃止する。

かかりつけ薬剤師の推進②

かかりつけ薬剤師の要件の見直し

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

現行

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

改定後

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

平成30年9月30日までは6ヶ月以上で可

現行

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

改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】
【かかりつけ薬剤師包括管理料】
[施設基準]
当該保険薬局に週 32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、週 24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務している。

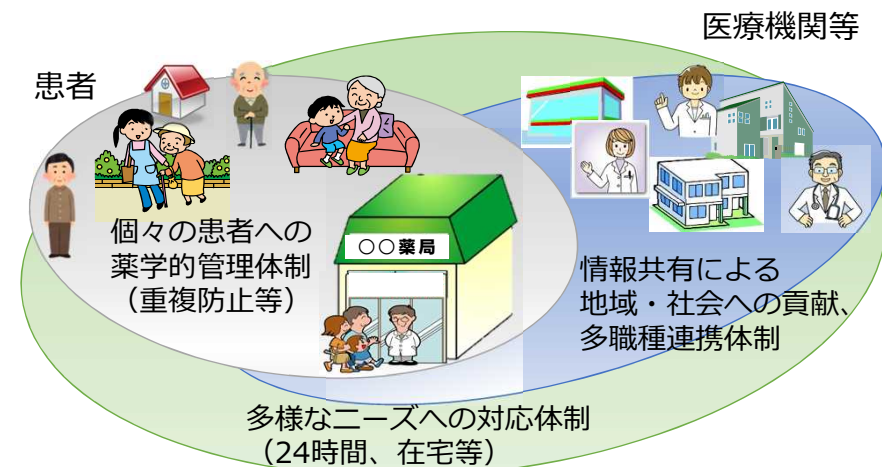
短時間勤務の保険薬剤師のみでの届出不可

地域支援体制加算の概念

地域支援体制加算について

これからの薬局には①かかりつけ薬剤師による適切な薬学的管理の提供、②あらゆる処方箋に対していつでも調剤サービスを提供できる体制の整備に加え、③安全性向上に資する事例の共有（プレアボイドへの取組）なども含め、地域支援等に積極的に貢献することが求められている。これを踏まえ、地域包括ケアの中で、地域医療に貢献する薬局を評価する「地域支援体制加算」を新設。

要件設定のイメージ



個別要件の分類

	実績要件8項目※	施設基準
個々の患者に対する適切な薬学的管理・指導体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 重複投薬・相互作用等防止加算 ■ 服用薬剤調整支援料 ■ かかりつけ薬剤師指導料等 ■ 外来服薬支援料 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者ごとの適切な薬学的管理・指導 ■ 患者の求めに応じた情報提供 ■ 適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能 <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">■ かかりつけ薬剤師届出</div>
情報共有による地域・社会への貢献、多職種連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 服薬情報等提供料 	<ul style="list-style-type: none"> ■ プレアボイド報告実績 ■ 副作用報告体制 ■ 当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制 ■ 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者との連携体制
24時間、在宅対応など、多様な患者ニーズに対応できる体制（地域医療を支える業務への積極的な対応）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 夜間・休日等の対応 ■ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理 ■ 麻薬管理指導加算 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 24時間、在宅対応体制・周知 ■ 一定時間以上の開局 ■ 十分な数の医薬品の備蓄 ■ 後発品数量シェア50%以上（集中率85%超の場合） <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> ■ 麻薬届出 ■ 在宅実績 </div>

※ 基準値は地域医療に貢献する体制を有する薬局を評価できるよう、薬局の取組状況を参考に設定。

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

- (イ) 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。
- (ロ) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、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の麻薬指導に係る加算の算定回数※が合算して計10回以上である。
- (ハ) 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。
- (ニ) 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。
- (ホ) 外来服薬支援料の算定回数※が12回以上である。
- (ヘ) 服用薬剤調整支援料の算定回数※が1回以上である。
- (ト) 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。
- (チ) 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。

#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。

薬局における対人業務の評価の充実①

服用薬剤調整支援料

- 患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

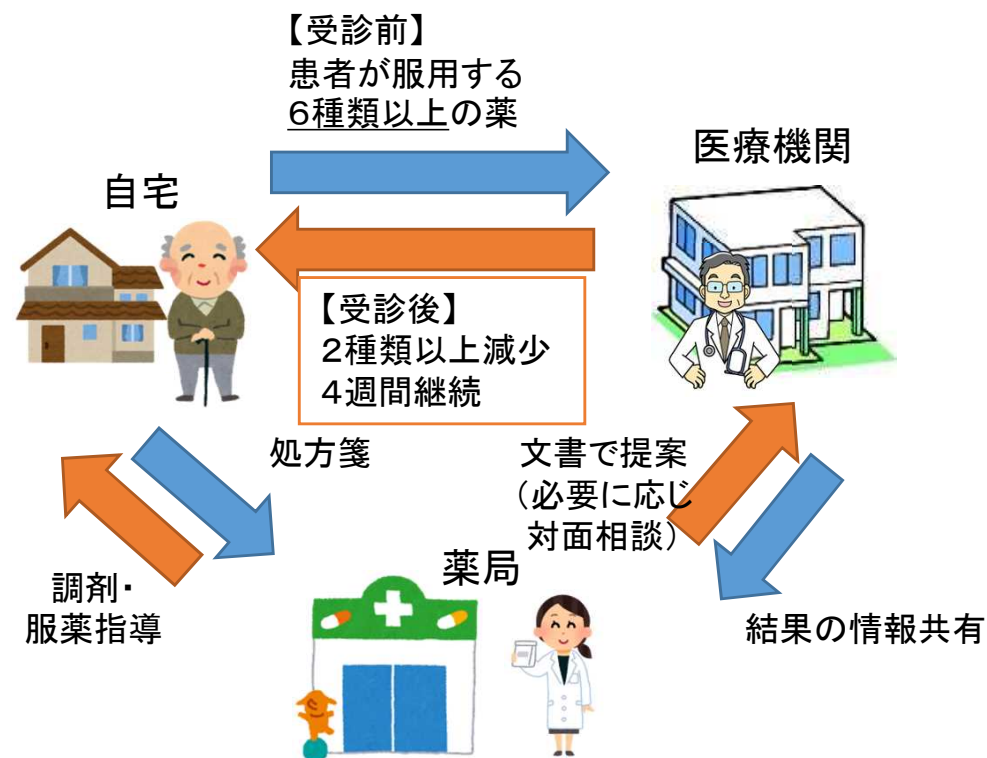
(新) 服用薬剤調整支援料

125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- (1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合には、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。

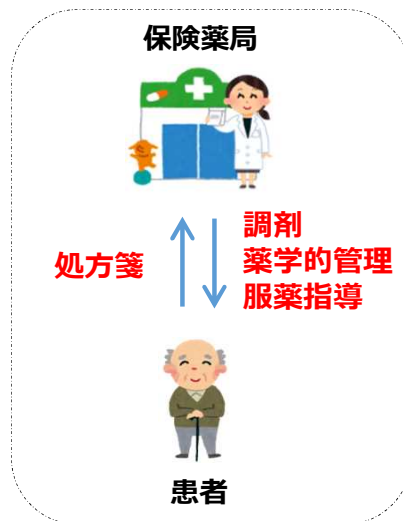
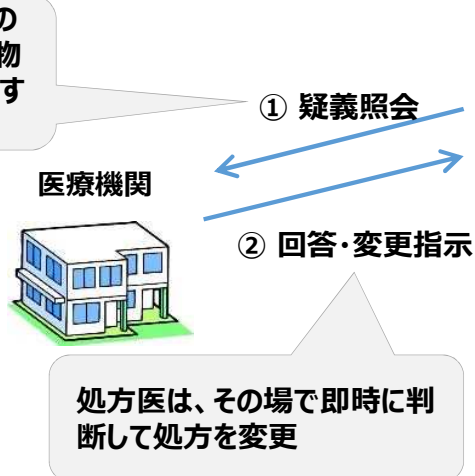


疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案の違いについて

○ 疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案については、以下のように整理される。

疑義照会：薬の受け渡し時における、処方内容に係る照会

服薬情報に基づき薬の重複、残薬調整や薬物療法の安全性に直結する疑義

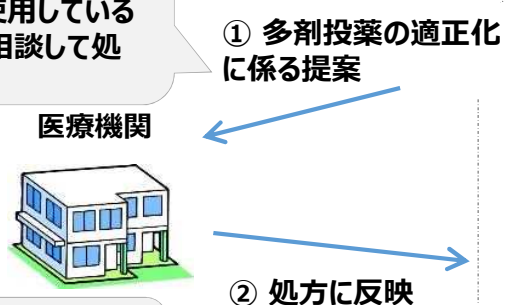


重複投薬・相互作用等防止加算（40点又は30点）

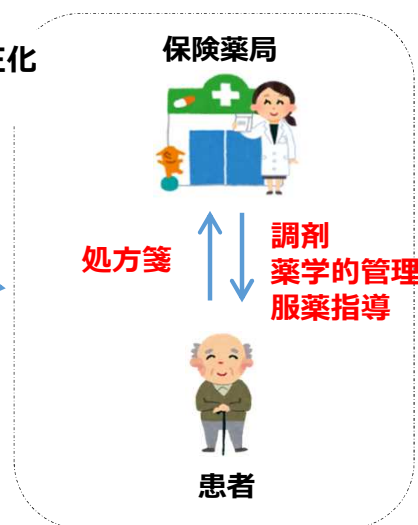
薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方箋を交付した保険医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に加算。

多剤投薬の適正化に係る提案：薬の受け渡し時以外の、患者の意向を尊重した薬学的観点からの処方医への提案

薬剤を減らしたいという患者の意向を尊重し、副作用の可能性等を検討し、一定期間使用している薬の必要性を患者と相談して処方医に減薬を提案



すぐその場で判断するのではなく、患者の症状や治療経過等を精査して減薬を検討



服用薬剤調整支援料（125点）

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回に限り算定。

処方への対応



処方せん											
<small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>											
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	被扶養者	保険医氏名							
交付年月日			平成 年 月 日	処方せんの使用期間				平成 年 月 日	<small>特に記載のある場合を除き、交付の日を始めて4日以内に保険薬局に提出すること。</small>		
処方	<small>個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を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。</small>										
	<small>「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。</small>										
備考	<small>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。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供 </small>										
	調剤年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称			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51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

- 88歳 女性 平成29年7月23日の処方
- ① アジルサルタン錠40mg 1錠 分1 夕食後
 - ② トリクロルメチアジド2mg 2錠 分2 朝夕食後
 - ③ ニフェジピン徐放錠(24時間持続)40mg 1錠 分1 夕食後
 - ④ プラバスタチンナトリウム錠5mg 2錠 分2 朝夕食後
 - ⑤ ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 2錠 分2 朝夕食後
 - ⑥ ラックビー微粒N 6g 分3 毎食後
 - ⑦ メマンチン塩酸塩口腔内崩壊錠20mg 1錠 分1 夕食後
 - ⑧ ウチダの八味丸M 6g 分3 毎食前
 - ~~⑨ トリアゾラム0.125mg錠 不眠時~~
 - ⑩ ロペラミド塩酸塩カプセル1mg 2Cp 分2 朝夕食後
 - ⑪ (追加) イトラコナゾールカプセル50mg 8Cp 分2 朝夕食直後

相互作用の問題(疑義照会)

患者が減薬を希望している場合、患者からの聞き取りにより、他の薬剤も減らせる可能性がある。

平成28年度診療報酬改定（医薬品の適正使用の推進）

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

- 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

（新） 薬剤総合評価調整加算 250点（退院時に1回）

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① **入院前に6種類以上の内服薬**（入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の**退院時に処方される内服薬が2種類以上減少**した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、**入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服**していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が**2以上減少**した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、**クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服**していたものについて、**1,000mg以上減少**した場合を含めることができる。

**（新） 薬剤総合評価調整管理料 250点（月1回に限り）
連携管理加算 50点**

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料
保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、**6種類以上の内服薬**（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される**内服薬が2種類以上減少した場合**は、所定点数を算定する。
- ② 連携管理加算
処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料（I）は算定できない。

＜薬剤総合評価調整加算等の算定状況＞

	平成28年 6月
薬剤総合評価調整加算	1,640回
薬剤総合評価調整管理料	11,004回
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算	956回

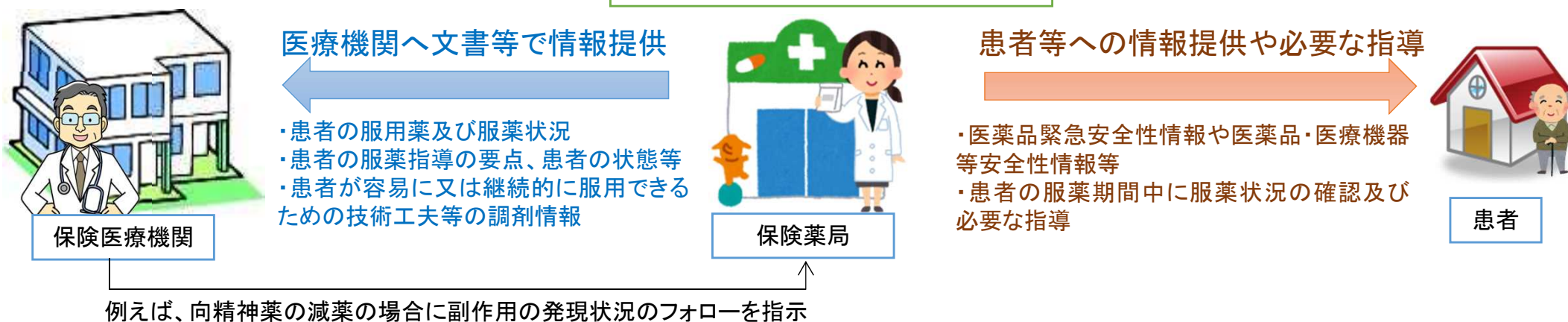
薬局における対人業務の評価の充実②

服薬情報提供料

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

現行	改定後
【服薬情報提供料】 服薬情報提供料 20点	【服薬情報提供料】 服薬情報等提供料1 30点 ※保険医療機関の求めがあった場合 服薬情報等提供料2 20点 ※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

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



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

薬局における対人業務の評価の充実③

1. 重複投薬・相互作用等防止加算

- 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

現行

【重複投薬・相互作用等防止加算】 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。	30点
【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	40点
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

重複算定は不可

2. 乳幼児服薬指導加算

- 乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

現行

【乳幼児服薬指導加算】 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、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。	10点
--	-----

改定後

【乳幼児服薬指導加算】 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。	
---	--

薬局における対人業務の評価の充実④

薬剤服用歴管理指導料

- 薬剤服用歴の記録の記載等の見直しとともに薬剤服用歴管理指導料等について評価を見直す。

現行

【薬剤服用歴管理指導料】

- | | |
|---------------------------|-----|
| 1 原則6月以内に処方箋を持参した患者に行った場合 | 38点 |
| 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 | 50点 |
| 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 | 38点 |

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。

改定後

【薬剤服用歴管理指導料】

- | | |
|-----------------------------|------------|
| 1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 | 41点 |
| 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 | 53点 |
| 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 | 41点 |

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、**53点**を算定する。

調剤料

- 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料を見直す。

現行

15日分以上 21日分以下の場合	70点
22日分以上 30日分以下の場合	80点
31日分以上の場合	87点

改定後

15日分以上 21日分以下の場合	67点
22日分以上 30日分以下の場合	78点
31日分以上の場合	86点

薬剤服用歴の記載事項

薬歴の記載事項

○ 薬剤服用歴の記録について、継続的な薬学的管理及び指導の記載を求めるとともに、記載事項を整理。

現行

- ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録
- イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録
- ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
- エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の情報
- オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点
- カ 服薬状況
- キ 残薬の状況
- ク 患者の服薬中の体調の変化
- ケ 併用薬等(要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。)の情報
- コ 合併症を含む既往歴に関する情報
- サ 他科受診の有無
- シ 副作用が疑われる症状の有無
- ス 飲食物(現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。)の摂取状況等
- セ 後発医薬品の使用に関する患者の意向
- ソ 手帳による情報提供の状況
- タ 服薬指導の要点
- チ 指導した保険薬剤師の氏名

変更後

- ア 患者の基礎情報(氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先)
- イ 処方及び調剤内容(処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、処方内容、調剤日、処方内容に関する照会の内容等)
- ウ 患者の体質(アレルギー歴、副作用歴等を含む)、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- エ 疾患に関する情報(既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。)
- オ 併用薬(要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。)等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- カ 服薬状況(残薬の状況を含む。)
- キ 患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)及び患者又はその家族等からの相談事項の要点
- ク 服薬指導の要点
- ケ 手帳活用の有無(手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無)
- コ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点
- サ 指導した保険薬剤師の氏名

薬局における対人業務の評価の充実⑤

薬剤服用歴管理指導料の特例

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

(新) 薬剤服用歴管理指導料の特例

13点

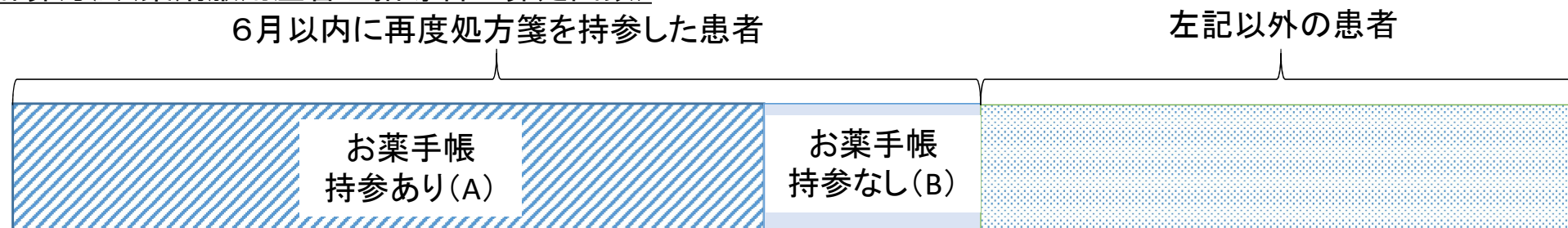
なお、この場合において、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。

[施設基準]

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。(※)

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

➤ 計算方法(薬剤服用歴管理指導料の算定回数)



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

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

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

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。

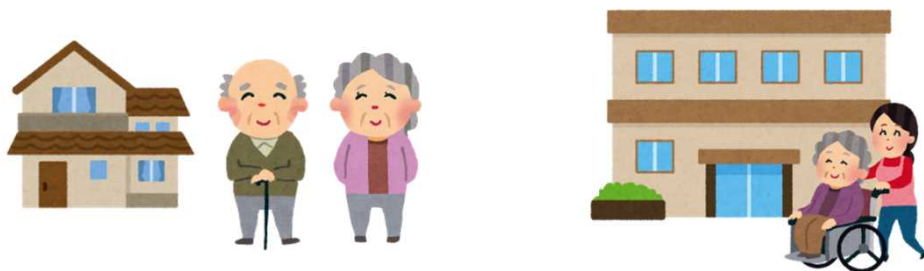
現行

【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。



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]

- 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。
- 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

- 医療機関の薬剤師が実施する場合も同様に見直し。

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進②

無菌製剤処理加算

- 無菌製剤処理加算の評価を見直す。

現行	
中心静脈栄養法用輸液	1日につき65点 (6歳未満の乳幼児は130点)
抗悪性腫瘍剤	1日につき75点 (6歳未満の乳幼児は140点)
麻薬	1日につき65点 (6歳未満の乳幼児は130点)



改定後	
中心静脈栄養法用輸液	1日につき 67点 (6歳未満の乳幼児は 135点)
抗悪性腫瘍剤	1日につき 77点 (6歳未満の乳幼児は 145点)
麻薬	1日につき 67点 (6歳未満の乳幼児は 135点)

- 無菌調剤室を共同利用した場合の費用について、無菌調剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の両者の合議とすることを明確にする。

乳幼児に対する評価

- 乳幼児に対する業務の評価を新設する(医療機関の薬剤師が実施する場合も同様)。

(新)乳幼児加算(在宅患者訪問薬剤管理指導料等) 100点

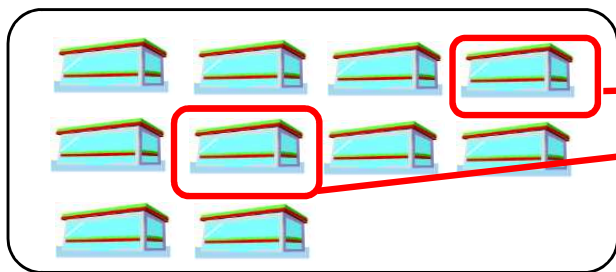
[算定要件]

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

いわゆる門前薬局等の評価の見直し①(特例の拡大)

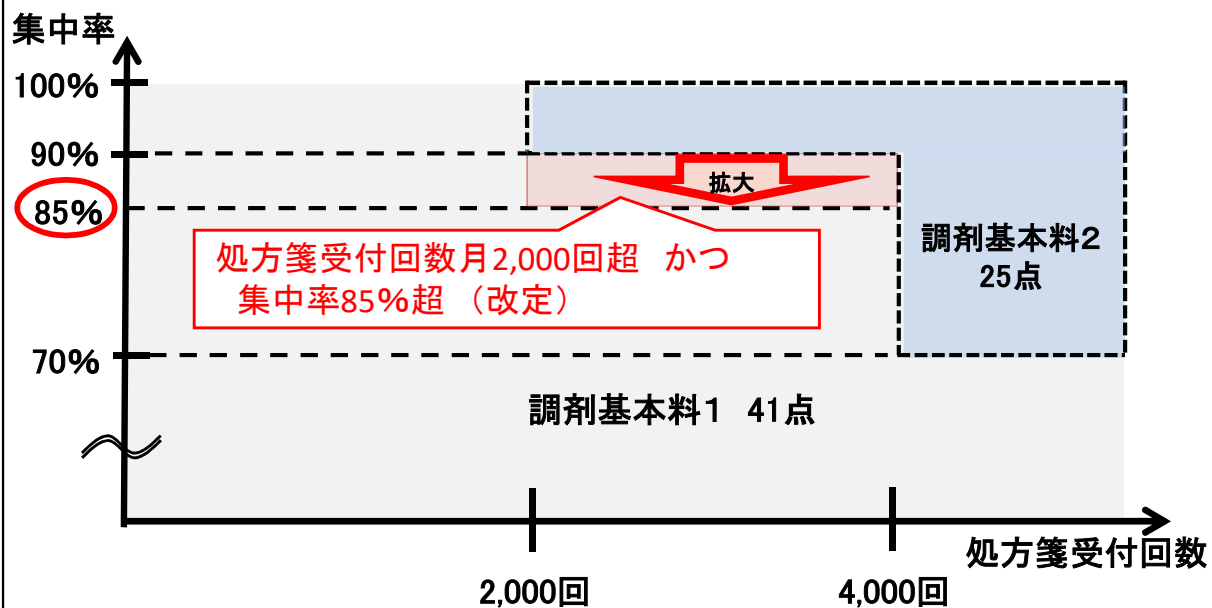
- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【薬局グループ】 ⇒ グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超



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

- 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



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

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

いわゆる門前薬局等の評価の見直し②

同一敷地内薬局の評価の見直し

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

(新) 特別調剤基本料

10点

[調剤基本料注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局]

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

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

医療資源の少ない地域の薬局

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

[調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準]

(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。

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

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

いわゆる同一敷地内薬局の施設基準

施設基準

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

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

留意事項

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

未妥結減算の見直し

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

【現行】

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



【見直し後】

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

分割調剤の手続きの明確化①

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

処方箋		処方	
処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)			
公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
患者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称	
	生年月日	明大昭平	電話番号
	区分	被保険者	被扶養者
交付年月日		平成 年 月 日	処方箋の使用期間
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）への変更を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。	
	処方	Rp1【般】○○○○口腔内崩壊錠 20mg 1日2回 朝夕食後服用 (総投与日数56日)	
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。	
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		公費負担医療の受給者番号	

分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数(回数)を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数(回数)を付記する。

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 0XX-XXXX-XXXX FAX番号 0XX-XXXX-XXXX
 その他の連絡先 メールアドレス: XXXXX@XX.XX.jp

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局 (1回目の分割指示に基づき28日分を調剤)

名称 △△薬局
 所在地 △△△△△△△△△△
 保険薬剤師氏名 △△ △△
 調剤年月日 平成30年5月1日

2回目を受け付けた保険薬局 (調剤済み)

名称 △△薬局
 所在地 △△△△△△△△△△
 保険薬剤師氏名 △△ △△
 調剤年月日 平成30年5月29日

3回目を受け付けた保険薬局

名称 _____
 所在地 _____
 保険薬剤師氏名 _____
 調剤年月日 _____

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51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

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

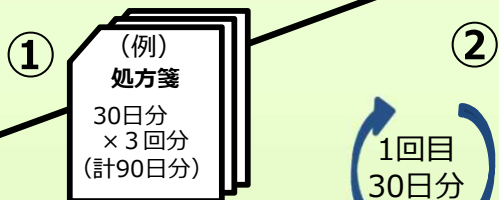
分割調剤の手続きの明確化②

分割調剤（例）

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



医療機関



②



残薬・副作用等の確認



残薬・副作用等の確認



残薬・副作用等の確認

対面による丁寧な確認を実施



薬局



自宅

③ 服薬状況、副作用等のフィードバック

[分割調剤に係る留意事項]

ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参すべきであることを説明する。

イ 患者に対し、次回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。

ウ 患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

[その他]

ア 別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

残薬調整に係る取扱い

残薬分を差し引いた減数調剤に係る取扱いについて以下のように明確化する

残薬分を差し引いた減数調剤: 薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務。

○残薬分を差し引いた減数調剤(例)

