

医薬品の適正使用の推進①

中医協 検-3-2参考
29.11.10

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価【医科】

- 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。

医薬品の適正使用の推進②

薬局における取組の評価(処方内容の疑義照会の評価)

- 医師と連携して服用薬の減薬等に取り組んだことを評価するため、重複投薬・相互作用防止加算(薬剤服用歴管理指導料等への加算)については、算定可能な範囲を見直す。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止する。

～平成28年3月(改定前)

【重複投薬・相互作用防止加算】

薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

- イ 処方に変更が行われた場合 20点
- ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

平成28年4月(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、処方せん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は30点を所定点数に加算する。

《算定対象》

～平成28年3月(改定前)

- 併用薬との重複投薬及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するための疑義照会
- 残薬の確認の結果、処方の変更が行われた場合(※薬剤の追加、投与期間の延長の場合は算定対象にならない。)

平成28年4月(改定後)～

- 以下の疑義照会を行い処方内容に変更があった場合
- 併用薬との重複投薬(薬理作用が類似する場合を含む。)
 - 併用薬、飲食物等との相互作用
 - 残薬
 - その他薬学的観点から必要と認められる事項

- 在宅患者についても同様の評価を新設する。(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料)

医薬品の適正使用の推進③

薬局における継続的な薬学的管理の評価(ブラウンバッグ運動の取組の評価)

- 患者が保険薬局に服用薬等を持参し、保険薬剤師が服薬管理等を行った場合でも外来服薬支援料を算定可能とする。(「注1」及び「注2」合わせて月1回に限り算定可能)

～平成28年3月(改定前)

【外来服薬支援料】 185点

注1 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、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を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。



平成28年4月(改定後)～

【外来服薬支援料】 185点

注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を確認した上で、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。

注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。



服薬管理等を実施

服用薬等を持参
(下記のような袋を活用)



自宅での服用薬等(残薬含む)



医薬品の適正使用の推進④

長期投薬の取扱いの明確化【医科】

- 30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図る。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院又は診療所に限る。)に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、**分割指示に係る処方せんを交付する。**

薬局における分割調剤

- 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、**医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。**2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

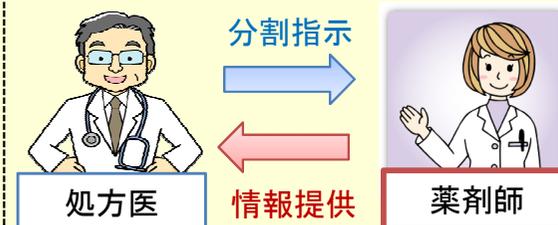
〈上記分割調剤の算定例〉 ※90日分の処方を30日ごとに3回分割調剤を指示

○ **調剤基本料、調剤料、薬学管理料***

分割調剤しない場合(90日分調剤した場合)の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとに**A/3点**

※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点

○ **薬剤料** ⇒ 分割調剤ごとに**30日分の薬剤料**



医薬品の適正使用の推進⑤

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

➤ 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。

② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、
 a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
 b. 医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

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

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														
	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	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	<small>弊に記載のある場合を除き、交付の日をきめて4日以内に保険薬局に提出すること。</small>								
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																	
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号を標準とすること。
 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61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。

医薬品の適正使用の推進⑥

薬局における継続的な薬学的管理の評価(情報提供に対する評価)

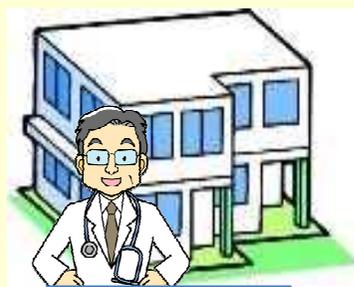
- 服薬情報等提供料及び長期投薬情報提供料については、調剤後の薬学的管理として統合した点数とする。

～平成28年3月(改定前)	
長期投薬情報提供料 1	18点
長期投薬情報提供料 2	28点
服薬情報等提供料	15点



平成28年4月(改定後)～	
(削除)	
(削除)	
【服薬情報等提供料】	20点
<p>患者若しくはその家族等、若しくは保険医療機関の求めに応じ、又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、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、所定点数を算定する。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。これらの内容等については薬剤服用歴の記録に記載すること。</p>	

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



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

※かかりつけ薬剤師としては、上記に係る業務を行うことが前提となっていることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定要件に当該業務の実施を規定し、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。

医薬品の適正給付

湿布薬の適正給付

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

～平成28年3月(改定前)

【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】
(新設)

【投薬 薬剤料】
(新設)



平成28年4月(改定後)～

【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】

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

【投薬 薬剤料】

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

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

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

＜処方せん等への記載例＞以下のいずれでもよい。

例1 Mパップ 28枚 (1日2枚×14日)

例2 Mパップ 28枚 (14日分)

例3 Mパップ 28枚 (1日2枚)

かかりつけ薬剤師の評価①

かかりつけ薬剤師の評価(出来高)

- 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。

(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(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投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[算定要件]

- ① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。
- ② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。
- ③ 患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない(要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料は算定できる。)
- ④ 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。
- ⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。
 - ア 薬剤服用歴管理指導料に係る業務
 - イ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握
 - ウ 担当患者から24時間相談に応じる体制をとり、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付(やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可)
 - エ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
 - オ 必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を実施

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。
- (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。(当該規定は、平成29年4月1日から施行)
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

かかりつけ薬剤師の評価②

かかりつけ薬剤師の評価(包括点数)

- 地域包括診療料、地域包括診療加算等が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 270点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(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投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- ・時間外等加算、夜間・休日等加算
- ・在宅患者調剤加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料(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投薬が行われた場合に限る。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料
- ・退院時共同指導料
- ・薬剤料及び特定保険医療材料料

[算定要件]

- ① 対象患者は、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地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者とする。
- ② かかりつけ薬剤師指導料の算定要件を満たしていること。
- ③ 調剤の都度患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。
(情報提供の方法については、保険医と合意が得られている場合はそれによるものとする。)

[施設基準]

かかりつけ薬剤師指導料と同じ。

医療機関は当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料(加算)を算定している旨を、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行う。

かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価

基準調剤加算の見直し

かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

～平成28年3月(改定前)

基準調剤加算1	12点
基準調剤加算2	36点



平成28年4月(改定後)～

基準調剤加算	32点
--------	-----

※ 調剤基本料1(41点)を算定している保険薬局のみ加算できる。

[施設基準]

- (1) 1200品目以上の医薬品の備蓄をしていること。
- (2) 一定時間以上の開局(平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上、週45時間以上)
- (3) 単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携により24時間調剤及び在宅業務の体制が整備されていること。
- (4) 麻薬小売業者の免許を取得していること。
- (5) 医療材料及び衛生材料供給体制の整備、在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制の整備、ケアマネージャーとの連携体制の整備
- (6) 過去1年間に在宅の業務実績があること。
- (7) 管理薬剤師の実務経験として、薬局勤務経験5年以上、当該保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍していること。
- (8) 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。
- (9) 患者のプライバシーへ配慮した構造(パーティションや会話が漏れ聞こえない構造・施設等)
- (10) 定期的な研修実施
- (11) インターネットを通じた情報収集と周知(医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)への登録を義務づけ)
- (12) 健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示
- (13) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上であること。 等

薬局における薬学的管理及び指導の充実①

薬剤服用歴管理指導料の評価の見直し

- 薬剤服用歴管理指導料について、初回来局時の点数より、2回目以降の来局時の点数を低くする。

～平成28年3月(改定前)

【薬剤服用歴管理指導料】

(処方せんの受付1回につき)

41点

[算定要件]

注：患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

ただし、次に掲げるハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。

ハ 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。



平成28年4月(改定後)～

【薬剤服用歴管理指導料】

- | | |
|--------------------------------|-----|
| 1 原則過去6月内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 | 38点 |
| 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 | 50点 |

[算定要件]

注：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せん受付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、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1(41点)若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4(31点)以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せん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。

- 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。
- 薬剤情報提供文書について、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、交付する必要はない。(※交付しない場合は、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。)
- 手帳については、患者に手帳を保有することの意義、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、患者の意向を確認した上で手帳を用いないこととした場合及び複数の手帳を1冊にまとめなかった場合にあってはその理由を薬剤服用歴の記録に記載する。
- 電子版の手帳について、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体と同様の取扱いとする。

薬局における薬学的管理及び指導の充実②

特別養護老人ホーム入所者への服薬管理支援の評価

- ▶ 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、当該施設を訪問し、入所者に対して薬学的管理を行った場合の評価を、薬剤服用歴管理指導料に新設。

平成28年4月(改定後)～

【薬剤服用歴管理指導料】

(新) 特別養護老人ホーム入所者に対して行う場合 **38点**

[主な算定要件]

保険薬剤師が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て、患者又は現に薬剤を管理する者に対して、指導を行った場合に算定できる。

訪問に際しての交通費は患家の負担とする。



薬局における対人業務の評価の充実

- ▶ 対人業務に関する業務の評価を充実するため、特定薬剤管理指導加算(ハイリスク薬)及び乳幼児指導管理加算(6歳未満の乳幼児)の評価を見直す。

～平成28年3月(改定前)

特定薬剤管理指導加算	4点
乳幼児服薬指導加算	5点



平成28年4月(改定後)～

特定薬剤管理指導加算	<u>10点</u>
乳幼児服薬指導加算	<u>10点</u>

※特定薬剤管理指導加算の対象薬剤については厚生労働省のホームページに掲載する。