

保険調剤の理解のために

(令和元年度)

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

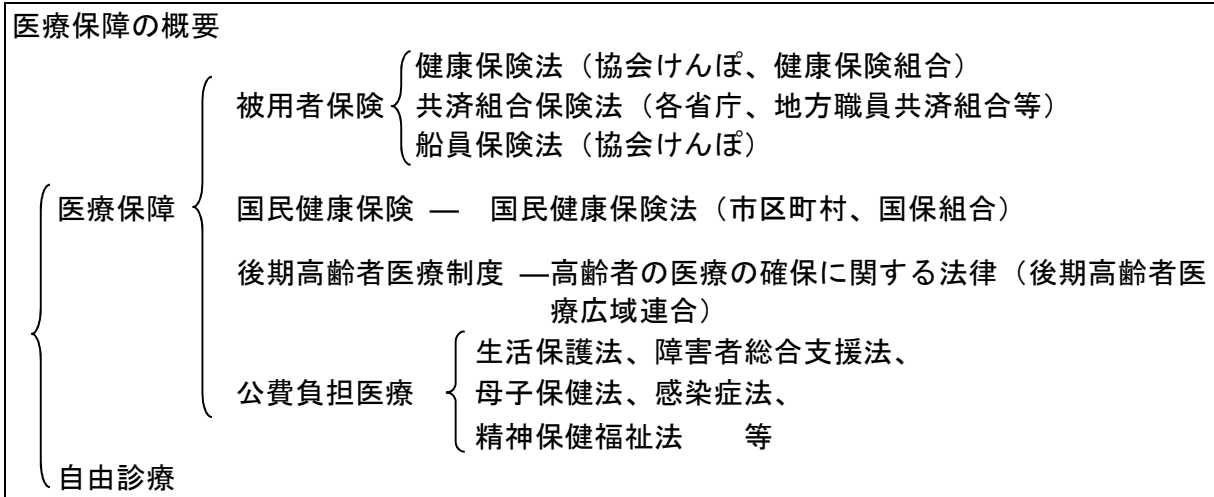
I	医療保険制度のしくみ	2
1	医療保険制度の種類	2
2	医療保険制度の特徴	2
3	保険調剤のしくみ	2
4	国民医療費（平成28年度）	3
II	保険薬剤師、保険薬局の責務	4
1	保険薬剤師、保険薬局	4
2	保険調剤の基本的ルール	8
III	調剤報酬点数表における留意事項	11
1	処方箋	11
2	調剤録	14
3	調剤報酬点数表	15
4	調剤技術料	16
5	薬学管理料	23
IV	保険調剤に関するその他の留意事項	31
1	明細書	31
2	届出事項の変更	31
3	標示・掲示	31
4	医療保険と介護保険の給付調整	31
5	その他	32
V	健康保険法等に基づく指導・監査	33
1	根拠法令等	33
2	指導	33
3	監査	33
4	平成29年度における指導・監査等の実施状況（概況）	34
参考	監査の実施状況（保険薬局、保険薬剤師）	35
資料1	保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（薬担規則）	36
資料2	診療報酬の算定方法 別表第三 調剤報酬点数表（抄）	40
資料3	療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（抄）	99

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

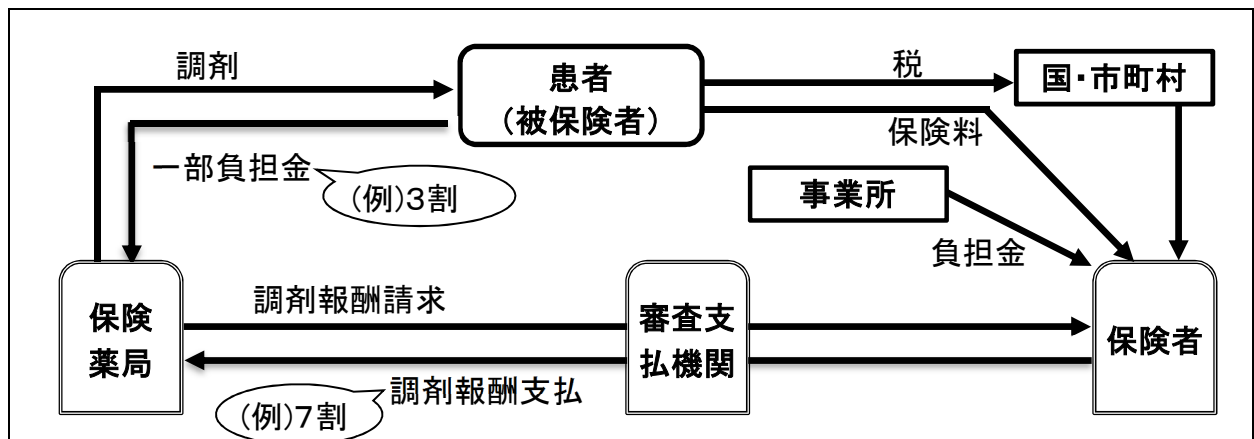
わが国の医療保険制度の特徴は、「国民皆保険制度」、「現物給付制度」、「フリーアクセス」の3点に集約される。

- 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（平成28年度）

（1）国民医療費の状況

平成28年度の国民医療費は4兆2,381億円、前年度の4兆2,644億円に比べ2,263億円、0.5%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1兆6,840億円（構成割合38.6%）、うち国庫は1兆7,180億円（同25.4%）、地方は5兆5,659億円（同13.2%）となっている。保険料は2兆6,971億円（同49.1%）、うち事業主は8兆7,783億円（同20.8%）、被保険者は1兆9,189億円（同28.3%）となっている。また、その他は5兆1,570億円（同12.2%）、うち患者負担は4兆8,603億円（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/16/dl/kekka.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（「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、当該事務所を経由して行う）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			
※ 登 録 年 月 日						保 険 薬 剤 師 登 録 申 請 書			
① 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師		(フリガナ) 氏 名		(氏)	(名)	明・大 昭・平		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		明・大 昭・平		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		〒 ー				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					
医師若しくは歯科医師又は薬剤師の住所及び氏名									
上記のとおり申請します。									
平成 年 月 日									
住所 〒 ー									
氏 名									
電 話 (局) 印 番									
FAX (局) 番									
〇〇〇〇厚生局長 殿									

(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〕

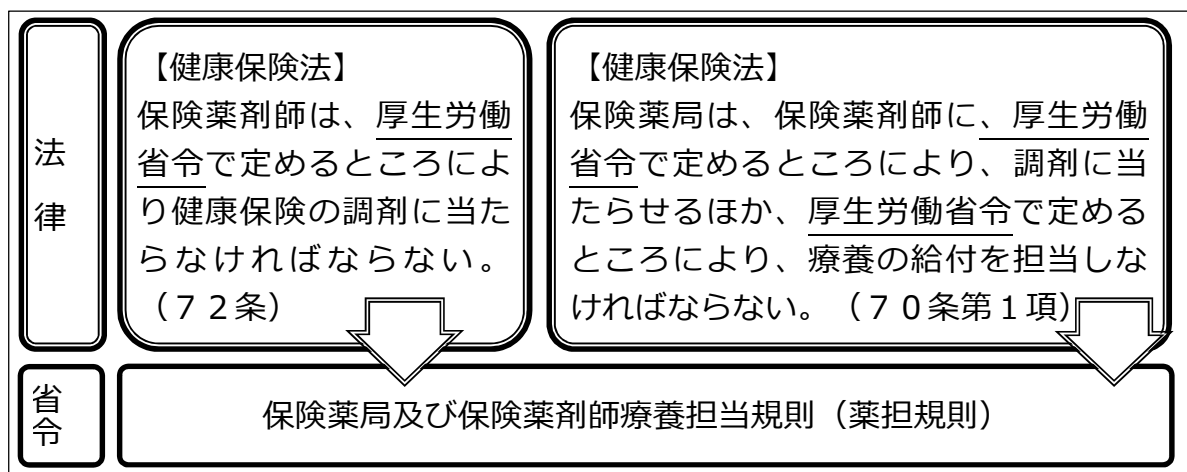
(3) 保険薬剤師、保険薬局の責務

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条より〕

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項より〕

ここで言う厚生労働省令が「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（薬担規則）」（資料1を参照）であり、保険調剤を行う上での基本的事項を定めたものである。



イ 保険薬局

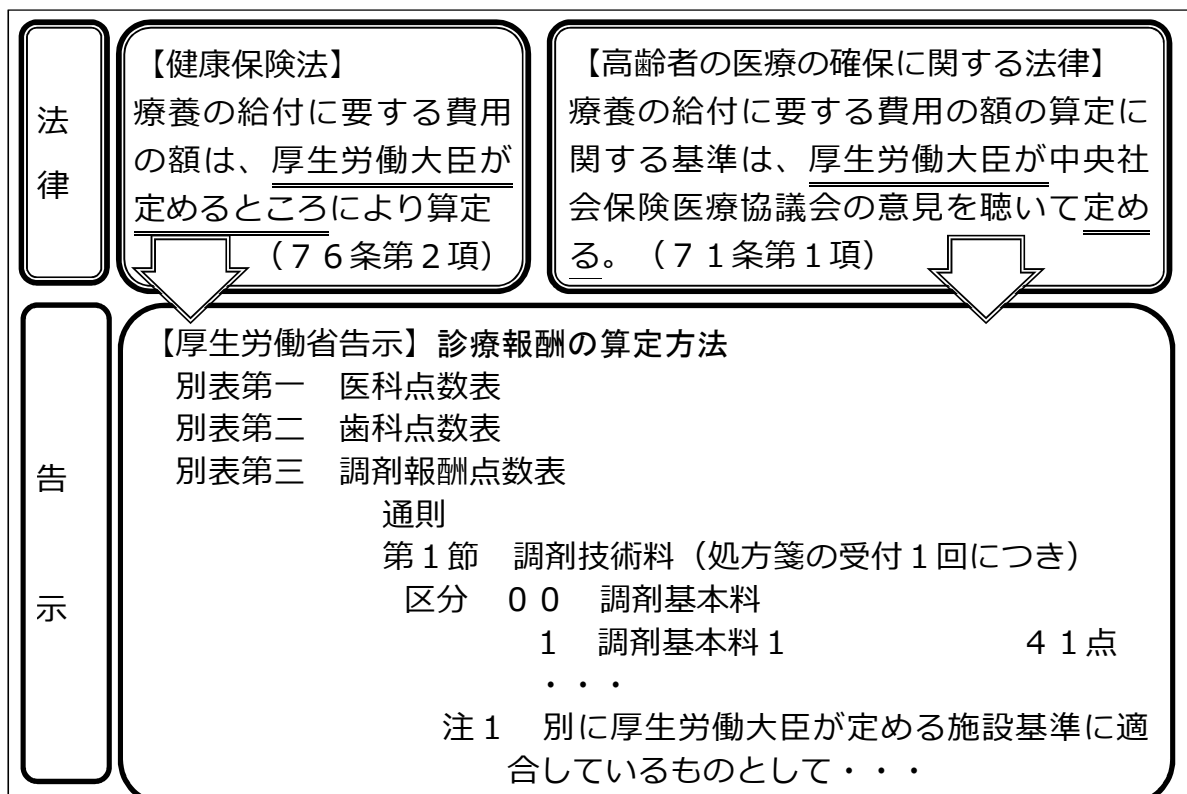
健康保険法76条（療養の給付に関する費用）では、次のとおり規定されている。

「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。

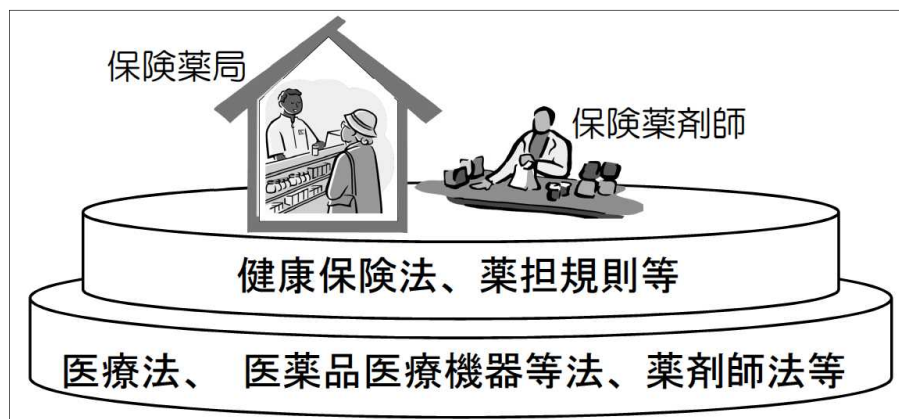
2 前項の療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。」

ここでいう「厚生労働大臣が定めるところ」とは、「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）のことである。その一部は、最近では「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成30年3月5日厚生労働省告示第43号）により改正され、平成30年4月1日から適用されている。

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」（資料2を参照）により、算定するものとされている。



(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）〔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）〔1条の2第2項〕

医師等の責務〔1条の4〕

イ 医薬品医療機器等法（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）

薬局の定義〔2条〕

開設の許可（都道府県知事の許可）〔4条〕

許可の基準（構造設備、薬剤師の員数）〔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（管理者の指定）〔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、開設者への意見）〔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述べなければならない。

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）〔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。

一～二 （略）

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る薬局の管理者の意見を尊重しなければならない。

休廃止等の届出（薬剤師の変更、営業時間等）〔10条〕

許可の取消し等〔75条〕

ウ 薬剤師法

薬剤師の任務（公衆衛生の向上及び増進）〔1条〕

調剤（薬剤師以外の調剤の禁止）〔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箋により自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方箋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〔21条〕

調剤の場所（薬局以外での調剤の禁止）〔22条〕

処方箋による調剤〔23条〕

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

2 薬剤師は、処方箋に記載された医薬品につき、その処方箋を交付した医師、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。

処方箋中の疑義（疑義照会による確認）〔24条〕

第24条 薬剤師は、処方箋中に疑わしい点があるときは、その処方箋を交付した医師、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〔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。

処方箋への記入等（調剤済みの旨、調剤年月日、記名押印等）〔26条〕

第26条 薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に、調剤済みの旨(その調剤によつて、当該処方箋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。

処方箋の保存（調剤済みとなった日から3年間の保存義務）〔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箋を、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）〔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、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。ただし、その調剤により当該処方箋が調剤済みとなったときは、この限りでない。

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）（資料１）

調剤報酬点数表（資料２）

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。

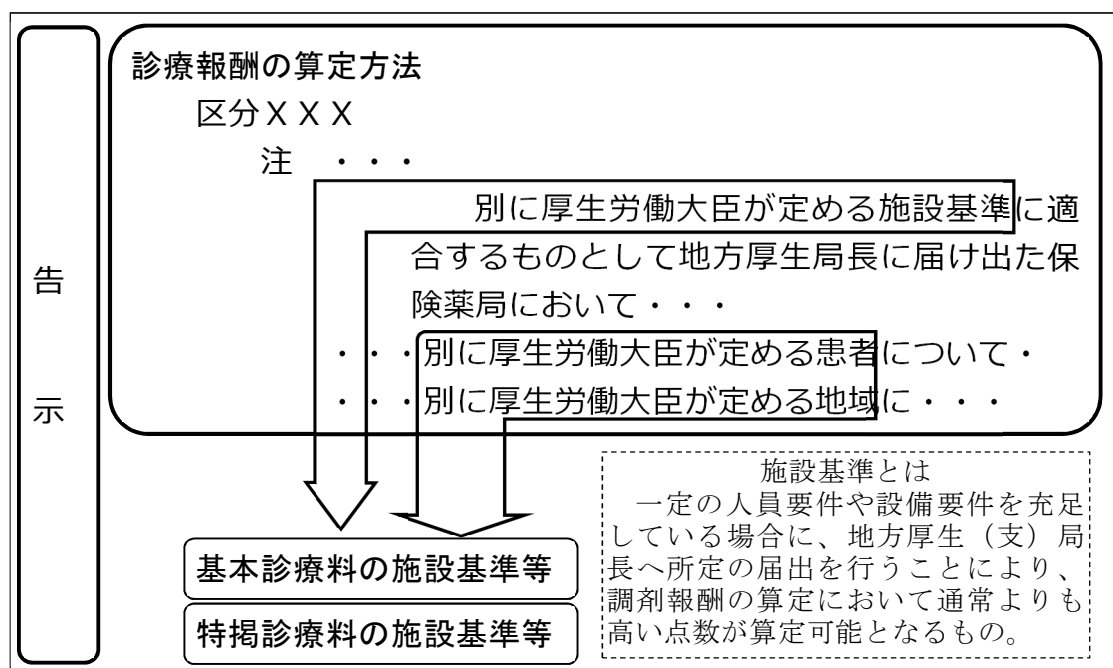
（ア）診療報酬の算定方法の規定に基づく、

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 平成３０年３月５日厚生労働省告示第４４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 平成３０年３月５日厚生労働省告示第４５号 〕



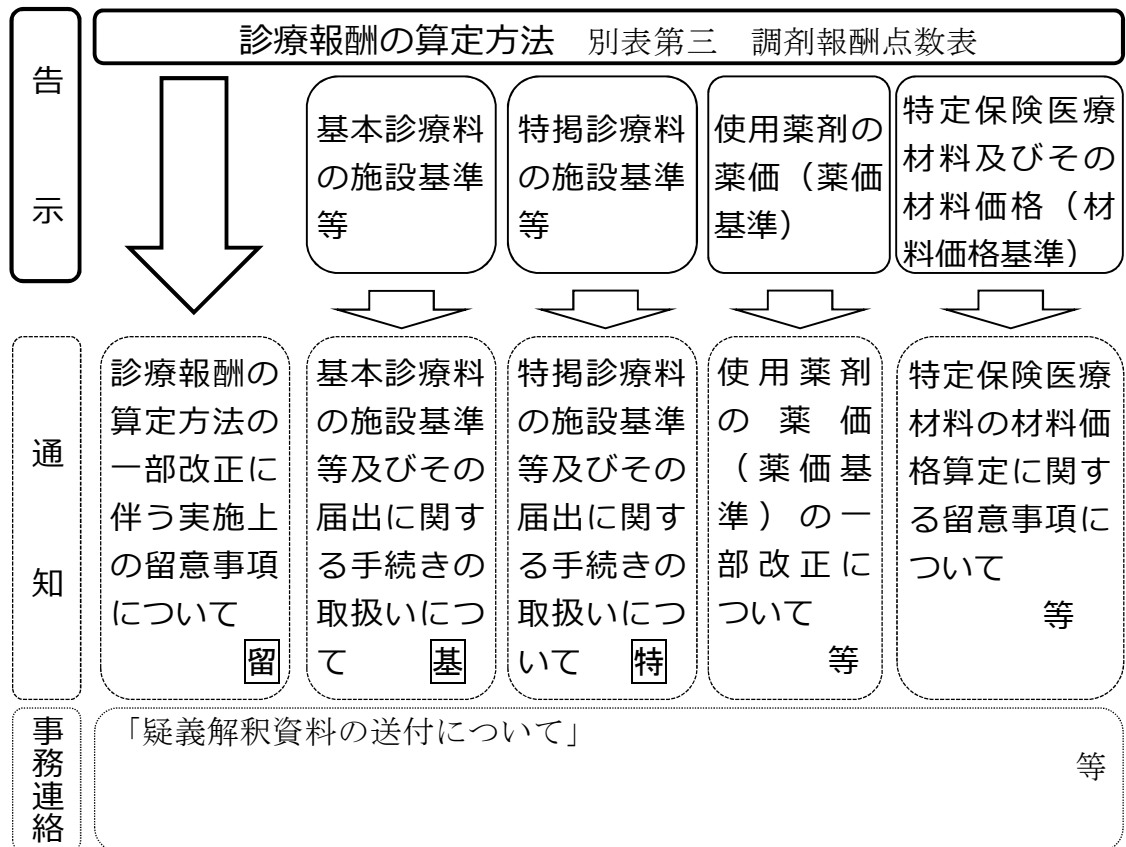
(イ) 通知

- 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
(平成30年3月5日保医発0305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
(平成30年3月5日保医発0305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
(平成30年3月5日保医発0305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 平成30年3月26日保医発0326第5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)

平成30年度診療報酬改定にかかる疑義解釈資料として、平成31年2月20日に
(その12)が発出されている。・・・平成31年3月1日現在



(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。

の行為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。

ただし、（ア）地域包括診療加算、地域包括診療料を算定する保険医療機関が、患者に対して、①連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること、②時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること、（イ）保険医療機関が在宅で療養を行う患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供することについては、療担規則で禁止する「特定の保険薬局への誘導」に該当しないことを明確化している。

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箋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、外用抗真菌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

- ・ ゴ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、バルサルタン錠、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
- ・ バルサルタン・アムロジピン配合錠の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
- ・ 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

- ・ 消化性潰瘍が疑われる患者に対する、総合感冒剤、アスピリン錠、アセトアミノフェン錠、ジクロフェナクナトリウム錠、ロキソプロフェンナトリウム錠等
- ・ 緑内障が疑われる患者に対する、オキシブチニン錠、プロピペリン錠等

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

- ・ 他薬剤の調剤数量が５６日分のところ、ブロチゾラム錠0.25mgが「１日１回２錠

28日分」

- ・ その他、トリアゾラム錠、フルニトラゼパム錠、ゾルピデム錠等

ク 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

(留意点：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3年間〔薬剤師法第27条、薬担規則第6条〕

(5) その他の留意事項

ア 患者が、正当な理由がなくて、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〔薬剤師法第28条第2項、同法施行規則第16条〕

- ・ 患者の氏名及び年齢
- ・ 薬名及び分量
- ・ 調剤年月日
- ・ 調剤量
- ・ 調剤した薬剤師の氏名
- ・ 処方箋の発行年月日
- ・ 処方箋を交付した医師等の氏名
- ・ 処方した医師等の住所又は勤務する医療機関の名称・所在地
- ・ 処方箋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
- ・ 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についての薬剤点数、調剤手数料、請求点数及び患者負担金額

（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〕

3 調剤報酬点数表

通則	
第1節 調剤技術料	
調剤基本料 [※]	調剤基本料1、2、3 [※] 特別調剤基本料 (加算料) 地域支援体制加算 [※] 後発医薬品調剤体制加算1、2、3 [※]
調剤料	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、一包化加算 無菌製剤処理加算 [※] 麻薬加算、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬加算 調剤技術料の時間外加算等（時間外加算、休日加算、深夜加算） 調剤料の夜間・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	
薬剤服用歴管理指導料	薬剤服用歴管理指導料1、2、3 薬剤服用歴管理指導料の特例 (加算料) 麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算イ、ロ 特定薬剤管理指導加算、乳幼児服薬指導加算
かかりつけ薬剤師指導料 [※]	(加算料) 麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算イ、ロ 特定薬剤管理指導加算、乳幼児服薬指導加算
かかりつけ薬剤師包括管理料 [※]	
外来服薬支援料	
服用薬剤調整支援料	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	(加算料) 麻薬管理指導加算、乳幼児加算
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	(加算料) 麻薬管理指導加算、乳幼児加算
在宅患者緊急時等共同指導料	(加算料) 麻薬管理指導加算、乳幼児加算
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
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
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 調剤技術料

調剤技術料は、調剤基本料と調剤料と加算料から成る。

(1) 調剤基本料（平成30年度改定）

① 調剤基本料の特例

ア 調剤基本料2

(ア) 処方箋の受付回数が月に4,000回を超え、かつ特定医療機関集中率が70%を超える場合。

(イ) 処方箋の受付回数が月に2,000回を超え、かつ特定医療機関集中率が85%を超えるものであって、(ア)以外の場合。

(ウ) 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数が月に4,000回を超える場合

a 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。

b 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。

イ 調剤基本料3

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。）における処方箋の受付回数の合計が月に4万回を超えるグループに属する保険薬局のうち、集中率が85%超又は特定の医療機関と不動産の賃貸借取引がある場合。

(ア) 調剤基本料3ーイ（グループ全体4万回超から40万回以下）

(イ) 調剤基本料3ーロ（グループ全体40万回超）

ウ 特別調剤基本料

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したもの。

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

(ア) 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%を超える場合。

(イ) 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

エ 医療資源が少ない地域の薬局に対する特例

次の①～③の基準に該当する場合は、調剤基本料1を算定する。

① 「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。

② 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。

③ 処方箋受付回数が月に2,500回を超えないこと。

(2) 地域支援体制加算（平成30年度改定新設）

- 地域包括ケアシステムの中で、地域医療に貢献する薬局を評価するもの。
これからの薬局には、
①かかりつけ薬剤師による適切なサービスを薬学的管理の提供
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
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。

① 主な施設基準（詳細は資料2参照）

- ア 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。ただし、調剤基本料1を算定している場合は、以下の基準を全て満たすこととし、これを適用しない。
- ・ 麻薬小売業者の免許を受けていること。
 - ・ 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
 - ・ 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。
- イ 1200品目以上の医薬品の備蓄していること。
- ウ 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、かつ、週45時間以上）
- エ 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。
- オ 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
- カ 過去1年間に在宅の業務実績があること。
- キ 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。
- ク 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。
- ケ 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）
- コ 定期的な研修実施
- サ 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）
- シ 健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示
- ス 前年1年間（1月1日～12月31日）に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を提供した実績を有し、薬局機能情報提供制度において「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無を「有」としていること。← 平成31年4月以降適用
- セ 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。
← 平成30年10月以降適用
- ソ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が85%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が50%以上であること。 等

② 留意事項

ア 資質向上を図るための研修について

- ・ 調剤従事者等の全員を対象として研修を実施する。
- ・ 研修実施計画を作成するとともに実施状況を把握する。
- ・ 研修内容は、医薬品の情報（メーカーによる製品の説明会）だけでなく、医療保険（調剤報酬請求等）に関する内容の研修も実施する。

イ 医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等について

- ・ 薬局内にコンピューターを設置し、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知する。

医薬品・医療機器等の回収情報等を含め、これらの情報を随時提供できるようにしておく。

- ・ 患者への情報提供及び指導の際に有効に活用できるよう情報を整理しておく。

ウ 在宅患者訪問薬剤管理指導の体制について

- ・ 薬学的管理指導計画書等の必要書類の様式や当該業務マニュアルを作成するなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備しておく。
- ・ 保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示する。

（３）後発医薬品調剤体制加算 １・２・３（平成 30 年度改定）

後発医薬品調剤体制加算の要件について

- ・ 数量ベースでの後発医薬品の調剤割合が 75%、80% 及び 85% 以上の 3 段階の評価に改める。
- ・ 2020 年（平成 32 年）9 月までに、後発医薬品の使用割合を 80% とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。（骨太方針 2017）
- ・ 後発医薬品の数量シェアが著しく低い（20% 以下）薬局の調剤基本料の 2 点減算

（４）調剤料の加算料

○ 具体的にどのような場合に算定が可能なのか（算定要件）を十分に理解するとともに、算定が可能であると判断し算定する場合にあっては、その根拠となる事項について、必要に応じて調剤録、薬剤服用歴管理記録に記載することが必要である。

① 嚥下困難者用製剤加算

- ・ 嚥下困難者用製剤加算は、嚥下障害等があつて、市販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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

- ・ 嚥下困難者用製剤加算を算定した場合においては、一包化加算は算定できない。
- ・ 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。

② 一包化加算

- ・ 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。
- ・ 一包化は、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場合に、医師の了解を得た上で行うものである。
- ・ 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調剤録等に記載する。
- ・ 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、処方箋の受付1回につき1回に限り算定する。
- ・ 同一薬局で同一処方箋に係る分割調剤をした上で、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。
- ・ 一包化加算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。

③ 無菌製剤処理加算

- ・ 2以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定。
- ・ 無菌調剤室を共同利用する場合でも算定可能。

④ 自家製剤加算

- ・ 同一剤形及び同一規格の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。
- ・ 医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。
- ・ 製剤工程を調剤録等に記載すること。
- ・ 予製剤による場合は所定の点数の20/100に相当する点数を加算すること。

⑤ 在宅患者調剤加算

- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合に、算定出来る。

(5) 薬局における分割調剤について（平成30年度改定）

- ① 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、処方箋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。（分割の上限は3回まで）

② 分割調剤に係る留意点は以下のとおり

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旨を説明する。

イ 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。

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。

エ 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。

＜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 $\Rightarrow$ 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 $\Rightarrow$ 分割調剤ごとに30日分の薬剤料

○ 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

（この処方箋は、次の処方箋でも可なり。）

① 処方箋番号	② 処方箋番号
③ 処方箋番号	④ 処方箋番号

⑤ 処方箋番号

⑥ 処方箋番号

⑦ 処方箋番号

⑧ 処方箋番号

⑨ 処方箋番号

⑩ 処方箋番号

⑪ 処方箋番号

⑫ 処方箋番号

⑬ 処方箋番号

⑭ 処方箋番号

⑮ 処方箋番号

⑯ 処方箋番号

⑰ 処方箋番号

⑱ 処方箋番号

⑲ 処方箋番号

⑳ 処方箋番号

㉑ 処方箋番号

㉒ 処方箋番号

㉓ 処方箋番号

㉔ 処方箋番号

㉕ 処方箋番号

㉖ 処方箋番号

㉗ 処方箋番号

㉘ 処方箋番号

㉙ 処方箋番号

㉚ 処方箋番号

㉛ 処方箋番号

㉜ 処方箋番号

㉝ 処方箋番号

㉞ 処方箋番号

㉟ 処方箋番号

㊱ 処方箋番号

㊲ 処方箋番号

㊳ 処方箋番号

㊴ 処方箋番号

㊵ 処方箋番号

㊶ 処方箋番号

㊷ 処方箋番号

㊸ 処方箋番号

㊹ 処方箋番号

㊺ 処方箋番号

㊻ 処方箋番号

㊼ 処方箋番号

㊽ 処方箋番号

㊾ 処方箋番号

㊿ 処方箋番号

処方箋

（この処方箋は、次の処方箋でも可なり。）

① 処方箋番号	② 処方箋番号
③ 処方箋番号	④ 処方箋番号

⑤ 処方箋番号

⑥ 処方箋番号

⑦ 処方箋番号

⑧ 処方箋番号

⑨ 処方箋番号

⑩ 処方箋番号

⑪ 処方箋番号

⑫ 処方箋番号

⑬ 処方箋番号

⑭ 処方箋番号

⑮ 処方箋番号

⑯ 処方箋番号

⑰ 処方箋番号

⑱ 処方箋番号

⑲ 処方箋番号

⑳ 処方箋番号

㉑ 処方箋番号

㉒ 処方箋番号

㉓ 処方箋番号

㉔ 処方箋番号

㉕ 処方箋番号

㉖ 処方箋番号

㉗ 処方箋番号

㉘ 処方箋番号

㉙ 処方箋番号

㉚ 処方箋番号

㉛ 処方箋番号

㉜ 処方箋番号

㉝ 処方箋番号

㉞ 処方箋番号

㉟ 処方箋番号

㊱ 処方箋番号

㊲ 処方箋番号

㊳ 処方箋番号

㊴ 処方箋番号

㊵ 処方箋番号

㊶ 処方箋番号

㊷ 処方箋番号

㊸ 処方箋番号

㊹ 処方箋番号

㊺ 処方箋番号

㊻ 処方箋番号

㊼ 処方箋番号

㊽ 処方箋番号

㊾ 処方箋番号

㊿ 処方箋番号

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相当するかを右上の所要欄に記載する。

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険局（受給者））

処方箋発行局（受給者）の住所

電話番号： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX番号： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

その他の住所先： メールアドレス： 〇〇〇〇〇〇.〇〇.〇〇

（受け付け保険局（受給者））

1回目を受け付けた保険局 1回目の分割指示に基づき 〇〇〇分を調剤

名称： △△△△△△△△△△

所在地： △△△△△△△△△△

保険薬剤氏名： △△ △△

調剤年月日： 平成30年3月1日

2回目を受け付けた保険局（調剤済）

名称： △△△△△△△△△△

所在地： △△△△△△△△△△

保険薬剤氏名： △△ △△

調剤年月日： 平成30年3月2日

3回目を受け付けた保険局

名称： △△△△△△△△△△

所在地： △△△△△△△△△△

保険薬剤氏名： △△ △△

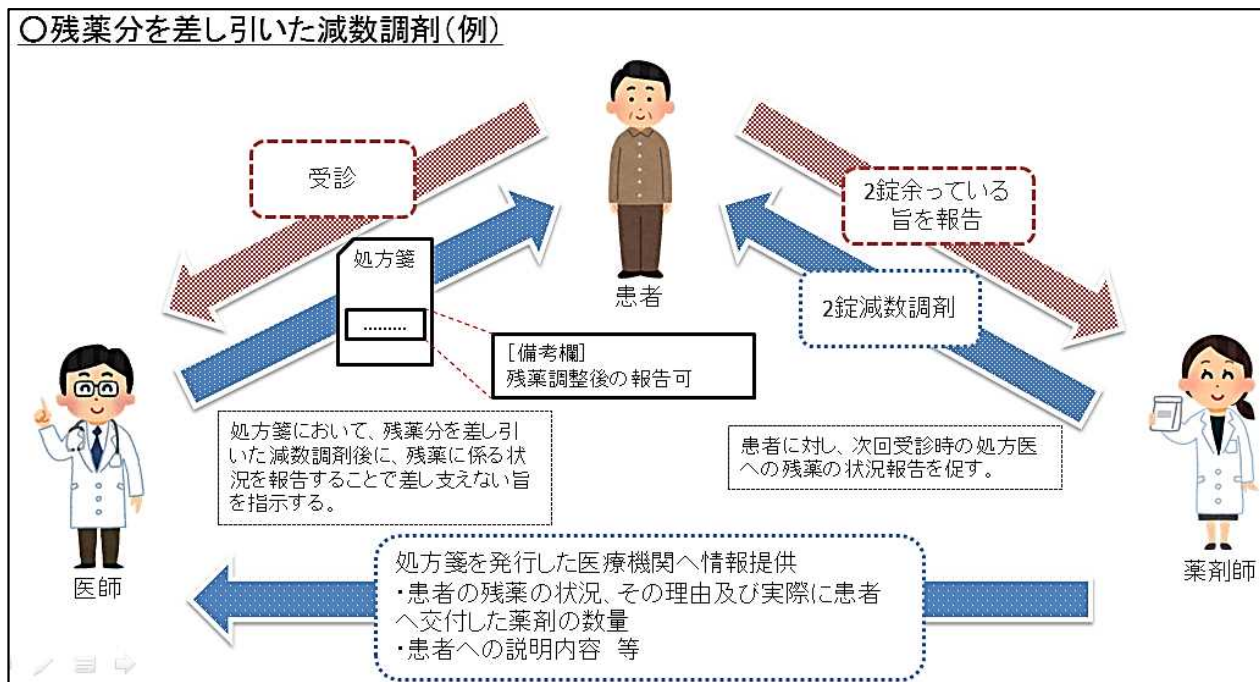
調剤年月日： 平成30年3月3日

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤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。

(6) 残数調整に係る取扱いについて

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)



医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

- 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
☐ 保険医療機関へ易

処 方 方 せん (この処方せんは、その保険薬局でも有効です。)									
出費負担番号				保 険 者 番 号					
公費負担番号 の交付照会番号				被保険者・被扶養者の続の番号・番号					
患 者	氏 名			被保険者継続の 指定地及び住所					
	姓	生年月日		電 話 番 号					
	年 月 日	男・女	保 険 医 生 名						
				(印)					
区 分	被保険者	被扶養者	送付再診番号 点検票 番号 入院票 番号						
交付年月日	平成 年 月 日			処方せんの 有効期 間		平成 年 月 日			
実業不 可	①この処方箋について、後援事業(ジュネシック医薬品)への参加に申し込みと判断した場合は、「実業不可」欄に「×」又は「△」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記入してください。 ②任意の組合員に限り適用される。								
施 方									

場合の対応(特に指示のある場合は「レ」又は「×」を記載すること。参照した上で判別) **口保険医療機関へ情報提供**

用

 保険薬局が調剤時に患者を確認した場合は「○」(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
 □保険医受取時一見薬局より上へ調剤 □保険医受取時一見薬局より

調剤年月日	平成 年 月 日			公費負担番号					
被保険者の住所 及び年齢、性別 被扶養者の住所									
(印)	公費負担番号 の 交 付 要 否								

備考 ① 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び量を記載すること。
 ② この用紙は、以下を記載する A. 処方箋を保存すること。
 ③ 年度の初め及び公費負担状況に関する公費負担に関する番号(国庫引当番号や市県民証) ④ ⑤ の公費負担状況については、「保険医署名」欄に記載すること。

5 薬学管理料

- 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。
- 薬学管理料における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。
- 指導内容の要点等を必ず薬剤服用歴の記録に記載する。
- 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。

(1) 薬剤服用歴管理指導料

改定後	
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対して行った場合)	4 1 点
薬剤服用歴管理指導料 2 (1 の患者以外の患者に対して行った場合)	5 3 点
薬剤服用歴管理指導料の注 1 のただし書き (手帳を持参していない患者又は調剤基本料 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行った場合)	5 3 点
薬剤服用歴管理指導料の特例 (平成 3 0 年度改定新設) <u>(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に処方箋を持参した患者に対して行った場合)</u>	1 3 点
薬剤服用歴管理指導料 3 (特別養護老人ホーム入所者 <u>している患者に訪問して行った場合</u>)	4 1 点

① 薬剤服用歴の記録

- 薬剤服用歴の記録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。
- 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。
- 薬剤服用歴の記録は、調剤報酬請求 (薬学管理料) の根拠となる記録である。
- 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。
- 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。

(記載事項)

- 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

ウからキまでの事項については、処方せん受付後、薬を取りそろえる前に、保険薬剤師が患者等に確認する

（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5版（平成29年5月）

- ・ 真正性、見読性、保存性が確保されていること
- ・ 運用管理規定を定めること
- ・ 患者のプライバシー保護に留意すること

② 薬剤服用歴管理指導料における情報提供の文書（「薬剤情報提供文書」）

- 情報提供の内容は個々の患者の病状に応じた内容を提供する。
- 処方された薬剤の用法・用量が不明確であれば正確な情報提供は不可能である。
- 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。）

（記載事項）

ア 当該薬剤の名称（現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）

イ 用法、用量、効能、効果

ウ 副作用及び相互作用

エ 服用及び保管取扱い上の注意事項

オ 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

カ 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

キ 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。）

③ お薬手帳

- 継続した薬剤の情報を提供することにより、患者に経時的に記載された薬歴を所持してもらい薬剤使用の適正を図る。

- 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。

ア 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、以下の事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

- ・ 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
- ・ 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
- ・ 患者の主な既往歴等疾病に関する記録

手帳の当該欄については、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。

イ 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。

④ 一般名処方における後発医薬品選択の明確化

- ・ 一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品を調剤することとする。
- ・ 患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について適切に説明した上で、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載

⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算イ、ロ

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。

- ・ 重複投薬・相互作用等防止加算は、薬剤服用歴の記録又は患者及びその家族等からの情報等に基づき、次の内容について、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。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、薬剤服用歴管理指導料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。

イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点

- ・ 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
- ・ そのほか薬学的観点から必要と認める事項

ロ 残薬調整に係るものの場合 30点

- ・ 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の記録に記載する。

- ・ 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。

⑥ 特定薬剤管理指導加算

- ・ 特に安全管理が必要な医薬品について、患者又はその家族等に当該薬剤が特に安全管理が必要な医薬品である旨を伝えること。
- ・ 当該薬剤についてこれまでの指導内容等も踏まえ適切な指導を行うこと。
- ・ 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、そのすべてについて必要な薬学的管理及び指導を行うこと。
- ・ 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴の記録に記載すること。
- ・ 特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬をいう。なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。

⑦ 乳幼児服薬指導加算

- ・ 乳幼児に係る処方箋の受付の際に、体重、適切な剤形等の確認を行う。
- ・ 患者の家族等に対して適切な服薬方法等の必要な服薬指導を行う。
- ・ 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当該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。
- ・ 処方箋受付の際の確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴の記録及び手帳に記載する。

（２）かかりつけ薬剤師指導料

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。

※ 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 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行うこととし、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
- (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。
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

（３）かかりつけ薬剤師包括管理料

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。

※ 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

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。

[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。

（４）外来服薬支援料

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）

[外来服薬支援料]

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。

(5) 在宅患者訪問薬剤管理指導料

○ 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進が望まれる。

- ・ 単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。(平成30年度改定)

単一建物診療患者が1人の場合 650点

単一建物診療患者が2～9人の場合 320点

上記以外の場合 290点

- ・ 訪問薬剤管理指導を主に行っている保険薬局（「在宅基幹薬局」）の薬剤師に代わって、当該薬局と連携する他の保険薬局（「サポート薬局」）の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行った場合には、サポート薬局が薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師等に対する訪問結果についての報告は在宅基幹薬局が行う。なお、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は、在宅基幹薬局が行うこととするが、費用については両者の合議とする。
- ・ 乳幼児加算(平成30年度改定新設) 100点

(6) 服薬情報等提供料1、2(平成30年度改定)

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

(7) 服用薬剤調整支援料(平成30年度改定新設)

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したもの。

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。

<服用薬剤調整支援料の留意事項通知>

(1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定

(2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。

(3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。

(4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。

(8) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1、2 (平成30年度改定)

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

1 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
2 残薬調整に係るものの場合	30点

[主な算定要件]

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

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保険請求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り、正当な理由がない限り、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、明細書交付を希望しない場合に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。
- ・ 「正当な理由」に該当する保険薬局については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（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。
- ・ 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、無料発行を原則義務とする。

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
- ・ 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

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）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こととされており、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及び特別療養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、特定診療費又は特別療養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
- ⑤二重請求：同一の調剤に対する請求を複数回にわたり請求

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。

- (4) 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も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 平成29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、約72億円

（内訳） 指導による返還分：31億2,641万円

適時調査※による返還分：36億7,539万円

監査による返還分：3億9,709万円

※ 適時調査

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：13件（うち、薬局0件）

指定取消相当：15件（うち、薬局1件）

イ 保険医等の登録取消：１７名（うち、薬剤師０名）

登録取消相当：１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２２年度以降は取消相当を含む。

資料 1 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（薬担規則）

（昭和 32 年 4 月 30 日厚生省令第 16 号）

（改正：平成 30 年 3 月 5 日厚生労働省令第 20 号）

（療養の給付の担当の範囲）

第一条 保険薬局が担当する療養の給付及び被扶養者の療養（以下単に「療養の給付」という。）は、薬剤又は治療材料の支給並びに居宅における薬学的管理及び指導とする。

（療養の給付の担当方針）

第二条 保険薬局は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

（適正な手続の確保）

第二条の二 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第二条の三 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。

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

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

第二条の三の二 保険薬局は、患者に対して、第四条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。

- 2 保険薬局は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。

（掲示）

第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

（処方箋の確認）

第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）

第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確めなければならない。

（要介護被保険者等の確認）

第三条の二 保険医療機関等は、患者に対し、居宅療養管理指導その他の介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第一項に規定する居宅サービス又は同法第八条の二第一項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、同法第十二条第三項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第六十二条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

（患者負担金の受領）

第四条 保険薬局は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金並びに法第八十六条の規定による療養についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百十条の規定による家族療養費として支給される額（同条第二項第一号に規定する額に限る。）に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

- 2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養又は同項第五号に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

（領収証等の交付）

第四条の二 保険薬局は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

- 2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。
- 3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

第四条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第四条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

- 2 前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

（調剤録の記載及び整備）

第五条 保険薬局は、第十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。

（処方箋等の保存）

第六条 保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する処方箋及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。

（通知）

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

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

（後発医薬品の調剤）

第七条の二 保険薬局は、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第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）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。

（調剤の一般的方針）

第八条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、保険医等の交付した処方箋に基いて、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。

- 2 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。
- 3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、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。

（使用医薬品）

第九条 保険薬剤師は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の医薬品を使用して調剤してはならない。ただし、厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第九条の二 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。

（調剤録の記載）

第十条 保険薬剤師は、患者の調剤を行つた場合には、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。

（適正な費用の請求の確保）

第十条の二 保険薬剤師は、その行つた調剤に関する情報の提供等について、保険薬局が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなるよう努めなければならない。

（読替規定）

第十一条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

（表略）

資料2 診療報酬の算定方法 別表第三 調剤報酬点数表（抄）

（平成20年3月5日 厚生労働省告示第59号）

（改正：平成30年3月5日 厚生労働省告示第43号）

通則

- 1 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。
- 2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の調剤料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。
- 3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した所定点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。

留

<通則>

- 1 保険薬局は、当該保険薬局において調剤される医薬品の品質確保について万全を期さなければならない。
- 2 保険薬剤師は、医師の分割指示に係る処方箋又は投与日数が長期間にわたる処方箋によっ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る場合には、分割調剤を行うこと。
また、分割調剤を行う場合（上記の場合のほか、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されていない先発医薬品がある処方箋（以下「後発医薬品への変更が可能な処方箋」という。）を提出した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、分割調剤を行う場合を含む。）は、その総量は、当然処方箋に記載された用量を超えてはならず、また、第2回以後の調剤においては使用期間の日数（ただし、処方箋交付の日を含めて4日を超える場合は4日とする。）と用量（日分）に示された日数との和から第1回調剤日から起算して当該調剤日までの日数を差し引いた日分を超えては交付できない。例えば、4月3日交付、使用期間4日間、用量10日分の処方箋で4月4日に5日分の調剤を受け、次に10日に調剤を受けに来た場合は $(10+4)-7=7$ であるから、残りの5日分を全部交付して差し支えないが、もし第2回の調剤を4月13日に受けに来た場合、 $(10+4)-10=4$ となるので4日分しか交付できない。
- 3 保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方箋に薬剤師法第26条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録を作成した後、処方箋を患者に返却すること。
- 4 処方箋において、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をいう。）を行った後に、残薬に係る状況を情報提供することで差し支えない旨の指示があり、当該指示に基づき調剤を行った場合は、保険薬剤師は、患者に対して次回受診時に処方医へ残薬の状況を報告することを促すとともに、患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量、患者への説明内容等について、遅滞なく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。
- 5 「区分番号00」の「注5」及び「注6」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」（平成30年 3 月 5 日保医発0305第 8 号）を参照すること。

- 6 保険薬局は、患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、調剤報酬点数表の一覧等について、薬剤を交付する窓口等、患者が指導等を受ける際に分かりやすい場所に掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。
- 7 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの 1 週間又は月の初日から月の末日までの 1 か月を単位として算定する。

第 1 節 調剤技術料

区分 0 0 調剤基本料

区分 0 0 調剤基本料（処方箋の受付 1 回につき）

- 1 調剤基本料 1 4 1 点
- 2 調剤基本料 2 2 5 点
- 3 調剤基本料 3

イ 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。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数 4 万回を超え 40 万回以下の場合 2 0 点

ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数 40 万回を超える場合 1 5 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付 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。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、調剤基本料 1 により算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注 1 本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付 1 回につき 1 0 点を算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

- 4 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、地域支援体制加算として、所定点数に 3 5 点を加算する。

- 5 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、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 後発医薬品調剤体制加算 1 1 8 点
- ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 2 2 点
- ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 2 6 点

- 6 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 2 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。

- 7 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、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における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。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。
- 8 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
- 9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8に該当する場合を除く。）において、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に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、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。

留

<調剤技術料>

区分00 調剤基本料

- (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の受付1回につき算定する。なお、分割調剤を行う場合は、「注7」、「注8」又は「注9」により算定する。
- (2) 同一患者から同一日に複数の処方箋を受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方箋又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方箋については一括して受付1回と数える。ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方箋については歯科以外の処方箋と歯科の処方箋を別受付として算定できる。
- (3) 2以上の異なる保険医療機関が交付した処方箋を同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。
- (4) 「注3」により調剤基本料を100分の50にする場合は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。「注6」の減算対象の場合には、「注6」による減算後の調剤基本料を100分の50にし、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。
- (5) 「注6」の処方箋の受付回数が1月に600回以下に該当するか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。
- (6) 「注7」又は「注8」に係る分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、2回目以降については「注7」又は「注8」のとおり算定するが、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局においてそれぞれ調剤基本料を算定できる。
- (7) 「注7」については、長期投薬（14日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方箋によっ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る、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。

- (8) 「注7」に係る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に記入すること。
- (9) 「注8」については、後発医薬品への変更が可能な処方箋を提出した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つて、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、その際に、所定の要件を満たせば、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料を算定できる。
- (10) 「注8」に係る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に記入すること。
- (11) 1処方箋について、「注7」に係る分割調剤の2回目以降の調剤と「注8」に係る分割調剤の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。
- (12) 「注9」については、医師の分割指示に係る処方箋（「注7」又は「注8」に該当する場合を除く。）に基づき、患者の同意の下、分割調剤を行った場合に算定する。
- (13) 「注9」に係る分割調剤を行う場合において、調剤基本料及びその加算、調剤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。
- (14) 「注9」に係る分割調剤を行う場合には、保険薬局の保険薬剤師は、以下を実施する。
- 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るべきである旨を説明する。
 - イ 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。
 - ウ 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。
- (15) 1処方箋について、「注7」、「注8」又は「注9」に係る分割調剤のうち、複数の分割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、「注9」の分割調剤に係る点数により算定する。
- (16) 調剤基本料と各注に掲げる加算等との適用関係は以下のとおり。ただし、「注3」に掲げる「所定点数」とは、「注1」、「注2」及び「注6」を適用して算出した点数である。

●特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤

一 調剤基本料の施設基準

（１）調剤基本料１の施設基準

（２）から（４）まで又は二の二の（１）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の施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局（（３）、（４）及び二の二の（１）に該当するものを除く。）であること。

イ 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること。（特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合に限る。）

ロ 処方箋の受付回数が一月に二千回を超えること。（イに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合に限る。）

ハ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が一月に四千回を超えること。（イ又はロに該当する場合を除く。）

ニ 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、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の受付回数を含む。）が、一月に四千回を超えること。（イからハまでに該当する場合を除く。）

（３）調剤基本料３のイの施設基準

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一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（二の二の（１）に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。

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こと。

（４）調剤基本料３のロの施設基準

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一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（二の二の（１）に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。

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こと。

二 調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準

（１）基本診療料の施設基準等の別表第六の二に規定する地域に所在すること。

（２）当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が二百床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。

（3）処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。

二の二 調剤基本料の注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九割五分を超えること。

（2）一の（1）から（4）までのいずれか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以外の保険薬局であること。

三 調剤基本料の注3に規定する保険薬局

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

（1）当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（医科点数表の初診料の注4に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。）が五割以下であること。

（2）当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（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（昭和三十五年法律第一百四十五号）第三十四条第三項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険薬局との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。

（3）薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を一年間実施していない保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。

四 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し、その活動における相当な実績を有していること。ただし、調剤基本料1を算定している保険薬局にあつては、本文の規定にかかわらず、次のいずれにも該当するものであること。

イ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。

ハ 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。

（2）患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。

（3）患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供していること。

（4）一定時間以上開局していること。

（5）十分な数の医薬品を備蓄していること。

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

（7）当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、二十四時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。

（8）当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーション

との連携体制が整備されていること。

- (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。
- (10) 当該保険薬局以外の医療従事者等に対して、医薬品に係る医療安全に資する情報の共有を行うにつき必要な体制が整備され、一定の実績を有していること。
- (11) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以上であること。

五 後発医薬品調剤体制加算の施設基準

(1) 通則

当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量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量の割合が五割以上であること。

(2) 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準

当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。

(3) 後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準

当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。

(4) 後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準

当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

五の二 調剤基本料の注 6 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) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が二割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。
- (2) (1) に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。

特

〔別添 1〕

第88 調剤基本料

1 調剤基本料の施設基準

(1) 処方箋の受付回数

処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。

ア 「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は「注5」の夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋

ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの（2）又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第12

7号) 別表の「5」の介護予防居宅療養管理指導費のハの(2)の基となる調剤に係る処方箋

- (2) 処方箋の受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数が、調剤基本料の施設基準に該当するか否かの取扱いについては、処方箋受付回数の合計が、調剤基本料の施設基準で定められている回数に、受付回数を計算した月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定する。
- (3) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。
- (4) (3)の計算に当たり、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。）の勤務者（常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。）及びその家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて計算する。
- (5) 「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している場合」とは、保険薬局と複数の保険医療機関が一つの建築物に所在している場合のことをいう。外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった建築物の主要な構造部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続しているものは一つの建築物とみなす。
- (6) 同一グループは次の基準により判断する。

ア 同一グループの保険薬局とは、次に掲げる者の全ての保険薬局とする。

- ① 保険薬局の事業者の最終親会社等
- ② 保険薬局の事業者の最終親会社等の子会社等
- ③ 保険薬局の事業者の最終親会社等の関連会社等
- ④ ①から③までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

イ アの保険薬局の事業者の最終親会社等は、保険薬局の事業者を子会社等とする者のうち、親会社等がない法人又は個人（以下「法人等」という。）をいう（カにおいて同じ。）。

ウ イの親会社等は、次に掲げる者とする。

- ① 他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）の議決権の過半数を自己の計算において所有している法人等
- ② 他の法人（持分会社（会社法（平成17年法律第86号）第575条第1項に規定する持分会社をいう。以下同じ。）その他これに準じる形態の法人に限る。）の資本金の過半数を出資している法人等
- ③ 他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に掲げる者と同等以上の支配力を有すると認められる法人等

エ ア②及びイの子会社等は、次に掲げる者とする。この場合において、法人等の子会社等が次に掲げる者を有する場合における当該者は、当該法人等の子会社等とみなす。（法人等及びその子会社等が共同で次に掲げる者を有する場合における当該者を

含む。）

① 法人等が議決権の過半数を所有している他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）

② 法人等が資本金の過半数を出資している他の法人（持分会社その他これに準じる形態の法人に限る。）

③ 法人等が、他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に規定する法人等と同等以上の支配力を有すると認められる場合における当該他の法人

オ ア③の関連会社等とは、法人等及びその子会社等が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社等以外の他の法人の財務及び営業又は事業の方針の決定に対して重要な影響を与えることができる場合（財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和38年大蔵省令第59号）第8条第6項に規定する場合をいう。）における当該子会社等以外の他の法人をいう。

カ 保険薬局の事業者の最終親会社等が連結財務諸表提出会社（連結財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和51年大蔵省令第28号）第2条第1号に規定する連結財務諸表提出会社をいう。）である場合には、当該最終親会社の連結子会社（同条第4号に規定する連結子会社をいう。）をア②に掲げる者とみなし、当該最終親会社等の関連会社（同条第7号に規定する関連会社をいう。）をア③に掲げる者とみなす。

（7）（6）ウ③及びエ③における「同等以上の支配力を有すると認められる」とは、例えば、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則第8条第4項第2号及び第3号に規定する要件に該当する場合等、他の法人の意思決定機関を支配している場合等が該当するものであること。ただし、財務上又は営業上若しくは事業上の関係からみて他の法人等の意思決定機関を支配していないことが明らかであると認められる場合は、この限りでないこと。

（8）同一グループ内の処方箋受付回数が1月に4万回又は40万回を超えるか否かの取扱いは、当年2月末日時点で（6）に規定する同一グループ内の保険薬局について、保険薬局ごとの1月当たりの処方箋受付回数を合計した値が4万回又は40万回を超えるか否かで判定する。保険薬局ごとの1月当たりの処方箋の受付回数は以下のとおりとする。

ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局の場合は、前年3月1日から当年2月末日までに受け付けた処方箋受付回数を12で除した値とする。

イ 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は、指定された日の属する月の翌月から、当年2月末日までに受け付けた処方箋受付回数を月数で除した値とする。

ウ 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は、イの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

（9）特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局に関して、ここでいう不動産とは、土地及び建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。また、ここでいう賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険

医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合を含むものである。

なお、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、（６）ア①から④までに定める者であるか否かにかかわらず、次のものを指すものである。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地及び建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ 保険医療機関が保険薬局の事業者（当該保険薬局の事業者の最終親会社等、（６）ア①から④までに定める者を含む。）から土地又は建物を賃借している場合において、当該保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

2 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。なお、届出に当たり、特定の保険医療機関との間で、不動産又は会議室その他の当該保険薬局が所有する設備に関して、特別の契約を締結している場合には、当該契約書等の写しを添付すること。

第89 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

1 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

- （１）対象となるのは、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（平成30年3月5日保医発0305第2号）の別添3の別紙2に所在する保険薬局であること。
- （２）「特定の区域内」とは、原則として、学校教育法施行令（昭和28年政令第340号）第5条第2項に基づき、就学すべき中学校の指定をする際の判断基準として、市（特別区を含む。）町村の教育委員会があらかじめ設定した区域（以下「中学校区」という。）とする。ただし、当該保険薬局の所在する中学校区外に所在する保険医療機関であっても、当該保険薬局における当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が70%を超える場合には、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとみなす。
- （３）「特定の区域内の保険医療機関」の数には、歯科医療のみを担当する保険医療機関を含めず、医科歯科併設の保険医療機関は含める。
- （４）処方箋の受付回数が1月に2,500回を超えるか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

2 届出に関する事項

- （１）施設基準に係る届出は、別添2の様式87の2を用いること。
- （２）当該保険薬局が所在する中学校区について、当該区域の地名がわかる資料を添付すること。

第90 調剤基本料の注2に定める保険薬局

- 1 調剤基本料の注2に定める保険薬局は、（１）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%を超えるもの又は（２）に該当するものであること。
- （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」として、次のアからエまでのいずれかに該当すること。
- ア 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合（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（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を利用して開局している場合

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場合

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場合

(2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3のロのいずれかに適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。

2 1の（1）のアの「不動産の賃貸借取引関係」については、「第88調剤基本料」の「1調剤基本料の施設基準」の（9）に準じて取り扱う。

3 1の（1）のイは、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。

4 1の（1）のウは、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。

5 1の（1）のエは、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。

6 1の（1）のエは、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。

第91 調剤基本料の注3に規定する保険薬局

1 保険薬局と卸売販売業者との価格交渉においては、「「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」について」（平成30年1月23日医政発0123第9号、保発0123第3号）に基づき、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、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から定めているものであり、「妥結率」、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」については以下のとおりとする。

(1) 「妥結率」の報告における妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及し変更することが可能な場合には未妥結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未決定の場合は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率＝卸売販売業者（医薬品医療機器等法第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額

(2) 「単品単価契約率」における単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏

まえて価格を決定した契約をいう。

※ 単品単価契約率の計算については、下記のとおりとする。

単品単価契約率＝単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額/卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

- (3) 「一律値引き契約に係る状況」における一律値引き契約とは、「卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約」をいう。この場合、一定割合以上とは、以下の計算により得られた割合が5割以上であることとし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。

また、一律値引き契約に係る状況については、一律値引き契約の該当の有無及び該当有りとした場合にあっては、取引卸売販売業者ごとの当該契約における値引き率（薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。）を報告すること。

※ 一律値引き契約における割合の計算については、下記のとおりとする。

総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額/卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

- 2 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、別添2の様式85により、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、11月末日までの報告に基づく調剤基本料は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで適用する。
- 3 単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告については、平成31年4月から適用することとし、平成31年4月までの間は、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告がないことをもって調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることはないこととすることから、平成30年4月以降、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告すること。
- 4 薬剤師の「かかりつけ機能に係る基本的な業務」は、「区分番号01」の「注4」（時間外等加算）及び「注5」（夜間・休日等加算）に規定する加算、「区分番号10」の「注3」（麻薬管理指導加算）、「注4」（重複投薬・相互作用等防止加算）に規定する加算、「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料、「区分番号13の3」のかかりつけ薬剤師包括管理料、「区分番号14の2」の外来服薬支援料、「区分番号14の3」の服用薬剤調整支援料、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料、「区分番号15の4」の退院時共同指導料、「区分番号15の5」の服薬情報等提供料、「区分番号15の6」の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、居宅療養管理指導費並びに介護予防居宅療養管理指導費を算定するに際して実施する業務をいう。
- 5 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保険薬局は、前年3月1日から当年2月末日までに4に掲げる業務の算定が合計10回未満の保険薬局が該当し、当該保険薬局は、当年4月1日より翌年3月末日まで区分番号00の調剤基本料の注3で定め

る点数で算定する。

- 6 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薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月より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保険薬局とはみなさない。
- 7 処方箋の受付回数が1月に600回を超えるか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算の施設基準

- (1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 調剤基本料1を算定する薬局の場合

- (イ) 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。
- (ロ) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導料、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実績を有していること。
- (ハ) 当該保険薬局は、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 調剤基本料1以外を算定する薬局の場合

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として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に、以下の（イ）から（チ）までの全ての実績を有すること。

- (イ) 「区分番号01」の「注4」（時間外等加算）又は「注5」（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) 「区分番号10」の「注3」、「区分番号13の2」の「注2」、「区分番号15」の「注2」、「区分番号15の2」の「注2」、「区分番号15の3」の「注2」、居宅療養管理指導費の「注2」又は介護予防居宅療養管理指導費の「注2」（麻薬管理指導加算）に規定する加算の算定回数（「区分番号13の3」の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。）が合算して計10回以上である。
- (ハ) 「区分番号10」の「注4」若しくは「区分番号13の2」の「注3」（重複投薬・相互作用等防止加算）に規定する加算又は「区分番号15の6」の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数（「区分番号13の3」の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。）が合算して計40回以上である。
- (ニ) 「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料又は「区分番号13の3」の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) 「区分番号14の2」の外来服薬支援料の算定回数（「区分番号13の3」の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。）が12回以上である。
- (ヘ) 「区分番号14の3」の服用薬剤調整支援料の算定回数（「区分番号13の3」のか

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。)が1回以上である。

(ト) 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の3」の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) 「区分番号15の5」の服薬情報等提供料の算定回数(「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料又は「区分番号13の3」の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。)が60回以上である。

(リ) (イ) から(チ)までに示した「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料又は「区分番号13の3」の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、相当する業務を実施した場合を合計する場合には、薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが確実に遡及できるものでなければならないこと。

(ヌ) (1)における常勤薬剤師数は、届出前3月間の勤務状況に基づき、以下の①及び②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)から(チ)までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、常勤薬剤師数を(イ)から(チ)までの各基準に乗じて得た回数以上であるか否かで判定する。

① 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。

② 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。

(2) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。

(3) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務(在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。)が提供できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者からの求めがあれば連携する近隣の保険薬局(以下「連携薬局」という。)を案内すること。ただし、連携薬局の数は、当該保険薬局を含めて最大で3つまでとする。

(4) 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に(記載事項に変更があった場合はその都度)、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項(近隣の保険薬局との連携により24時間調剤ができる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。)等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書(これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。)により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

また、これら連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局

の外側の見えやすい場所に掲示すること。

- (5) 地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (6) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。
- (7) 当該保険薬局の開局時間は、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開局し、かつ、週45時間以上開局していること。
- (8) 当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件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5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1年以上在籍していること。
- (9) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。
- (10) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (11) 薬局内にコンピューターを設置するとともに、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。
- (12) 次に掲げる情報（当該保険薬局において調剤された医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。
 - ア 一般名
 - イ 剤形
 - ウ 規格
 - エ 内服薬にあつては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）
 - オ 緊急安全性情報、安全性速報
 - カ 医薬品・医療機器等安全性情報
 - キ 医薬品・医療機器等の回収情報

- (13) 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。
- (14) 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。
- (15) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談についても応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。
- (16) 健康相談又は健康教室を行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、周知していること。
- (17) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。
また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。
- (18) 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
- (19) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (20) 薬局機能情報提供制度実施要領（平成19年3月26日付け薬食発第0326026号厚生労働省医薬食品局長通知別添）4（2）①の都道府県が定める期日の前年1年間（1月1日から12月31日）に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を提供した実績を有し、「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成19年3月26日付け薬食総発第0326001号）に基づき、薬局機能情報提供制度において「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」としていること。
- (21) 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。
- (22) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が85%を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、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当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月間の実績として50%以上であること。
- (23) 上記（22）の特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「1調剤基本料の施設基準」の（3）に準じて行う。
- (24) 施設基準に適合するとの届出をした後は、（1）のアの（ロ）及び（1）のイについては、前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の常勤

薬剤師数は、前年12月 1 日から当年 2 月末日までの勤務状況に基づき算出する。

- (25) (1) のイの (ロ) については、平成30年 9 月30日までの間は、常勤薬剤師 1 人当たり合算して計 1 回以上の実績がある場合、(1) のイの (へ) については平成30年 9 月30日までの間、(20) については平成31年 3 月31日までの間、(21) については平成30年 9 月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。

2 届出に関する事項

- (1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式87の 3 及び必要に応じ様式 87の 3 の 2 を用いること。
- (2) 当該従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用い提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

第93 後発医薬品調剤体制加算

1 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準

- (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75%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。）の規格単位数量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量の割合が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え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え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 の施設基準

- (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80%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 の施設基準

- (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85%以上であること。
- (2) 1 の (2) 及び (3) の基準を満たすこと。

4 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

(1) 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタール P 乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン N F 配合経腸用液、ラコール N F 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液及びラコール N F 配合経腸用半固形剤

(2) 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

(3) 生薬（薬効分類番号 510）

- (4) 漢方製剤 (薬効分類番号 520)
- (5) その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品 (薬効分類番号 590)

5 届出に関する事項

後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 87 を用いること。

第94 調剤基本料の注 6 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

- 1 以下のいずれかに該当する保険薬局であること。ただし、処方箋受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局は除くものとする。
 - (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 20% 以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。
 - (2) 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。
 - 2 「当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないもの」とは、直近 1 月間の当該保険薬局における処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更不可の記載がある処方箋の受付回数が 50% 以上の場合のことをいう。この場合の処方箋受付回数は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

区分 0 1 調剤料

- 1 内服薬 (浸煎薬及び湯薬を除く。(1 剤につき))
 - イ 14 日分以下の場合
 - (1) 7 日目以下の部分 (1 日分につき) 5 点
 - (2) 8 日目以上の部分 (1 日分につき) 4 点
 - ロ 15 日分以上 21 日分以下の場合 6 7 点
 - ハ 22 日分以上 30 日分以下の場合 7 8 点
 - ニ 31 日分以上の場合 8 6 点

注 1 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1 剤として算定する。なお、4 剤分以上の部分については算定しない。

 - 2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80 点を所定点数に加算する。
 - 3 2 剤以上の内服薬又は 1 剤で 3 種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
 - イ 42 日分以下の場合投与日数が 7 又はその端数を増すごとに 3 2 点を加算して得た点数
 - ロ 43 日分以上の場合 2 2 0 点

注 1 1 の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1 調剤につき 1 0 点を算定す

る。

留

<調剤技術料>

区分01 調剤料

(1) 内服薬

- ア 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）の調剤料については、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。（内服用滴剤は「区分番号01」の「注1」による。）
- イ 内服薬（内服用滴剤以外のもの）についての調剤料及び薬剤料の算定はそれぞれ「1剤」及び「1剤1日分」を所定単位とし、内服用滴剤についての調剤料及び薬剤料は「1調剤」を所定単位として算定するが、この場合の「1剤」とは、調剤料の算定の上で適切なものとして認められる単位をいうものであり、次の点に留意する。
- (イ) 1回の処方において、2種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同一であるものについては、1剤として算定する。
- (ロ) 服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず1剤として算定する。
- (ハ) (イ) 及び (ロ) における「服用時点が同一である」とは、2種類以上の薬剤について服用日1日を通じて服用時点（例えば「朝食後、夕食後服用」、「1日3回食後服用」、「就寝前服用」、「6時間毎服用」等）が同一であることをいう。また、食事を目安とする服用時点については、食前、食後及び食間の3区分とすることとし、服用時点が「食直前」、「食前30分」等であっても、調剤料の算定にあつては、「食前」とみなし、1剤として扱う。
- (ニ) (イ) 及び (ロ) にかかわらず、次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。
- ① 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
 - ② 内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合
 - ③ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合
- (ホ) 同一有効成分であつて同一剤形の薬剤が複数ある場合は、その数にかかわらず1剤として算定する。
- ウ 内服薬の調剤料は、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。ただし、この場合、内服用滴剤は剤数に含めないが、浸煎薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、当該浸煎薬又は湯薬の調剤数を内服薬の剤数に含めることとする。
- エ 同一薬局で同一処方箋を分割調剤（「区分番号00」の調剤基本料の「注7」又は「注8」に係る分割調剤に限る。）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。
- オ 隔日投与等投与しない日がある処方に係る内服薬の調剤料は、実際の投与日数により算定する。
- カ ドライシロップ剤を投与する場合において、調剤の際に溶解し、液剤（シロップ剤）にして患者に投与するときは内服用液剤として算定し、散剤としてそのまま投与するときは内服用固形剤として算定する。また、ドライシロップ剤を水に溶かして同時服用の

他の液剤と一緒に投与する場合は1剤として算定し、ドライシロップ剤を散剤として、同時服用の他の固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤等）と一緒に投与する場合も1剤として算定する。

なお、「処方箋に記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成24年3月5日保医発0305第12号）に基づき、ドライシロップ剤の医薬品から類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤する場合又は類似する別剤形の医薬品からドライシロップ剤の後発医薬品に変更して調剤する場合は、同通知の第3の5を参照すること。

キ 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。

- ① 嚥下困難者用製剤加算は、嚥下障害等がある、市販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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 嚥下困難者用製剤加算を算定した場合においては、一包化加算は算定できない。
- ⑥ 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。

ク 一包化加算の取扱いは、以下のとおりとすること。

- ① 一包化加算は、処方箋の受付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32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220点を所定点数に加算する。
- ② 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。
- ③ 一包化は、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場合に、医師の了解を得た上で行うものである。
- 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調剤録等に記載する。
- ⑤ 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、処方箋の受付1回につき1回に限り算定する。
- ⑥ 同一薬局で同一処方箋に係る分割調剤（「区分番号00」の調剤基本料の「注7」又は「注8」に係る分割調剤に限る。）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。

- ⑦ 一包化加算を算定した範囲の薬剤については、自家製剤加算（「区分番号01」の「注6」に規定する加算をいう。以下同じ。）及び計量混合調剤加算（「区分番号01」の「注7」に規定する加算をいう。以下同じ。）は算定できない。

ケ 内服用滴剤を調剤した場合の調剤料は、投薬日数にかかわらず、1調剤につき「注1」の所定点数を算定する。この場合の内服用滴剤とは、内服用の液剤であって、1回の使用量が極めて少量（1滴ないし数滴）であり、スポイト、滴瓶等により分割使用するものをいう。なお、当該薬剤の薬剤料は、1調剤分全量を1単位として薬剤料の項により算定するものであり、1剤1日分を所定単位とするものではない。

2 屯服薬 21点

注 1回の処方箋受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。

留

<調剤技術料>

区分01 調剤料

（2）屯服薬

屯服薬の調剤料は、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（1調剤につき） 190点

注 4調剤以上の部分については算定しない。

留

<調剤技術料>

区分01 調剤料

（3）浸煎薬

ア 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。

イ 浸煎薬の調剤料は、日数にかかわらず、1調剤につき算定する。

ウ 浸煎薬の調剤料は、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。ただし、内服薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、湯薬については調剤数を浸煎薬の調剤数に含めることとする。

4 湯薬（1調剤につき）

イ 7日分以下の場合 190点

ロ 8日分以上28日分以下の場合

（1）7日目以下の部分 190点

（2）8日目以上の部分（1日分につき） 10点

ハ 29日分以上の場合 400点

注 4調剤以上の部分については算定しない。

留

<調剤技術料>

区分01 調剤料

(4) 湯薬

- ア 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。
- イ 湯薬の調剤料は、1調剤につき投薬日数に応じて所定点数を算定する。
- ウ 湯薬の調剤料は、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。ただし、内服薬又は浸煎薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、浸煎薬については調剤数を湯薬の調剤数に含めることとする。

5 注射薬 26点

注 1回の処方箋受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する。

留

<調剤技術料>

区分01 調剤料

(5) 注射薬

- ア 注射薬の調剤料は、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。
- イ 注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤（インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグランジンI₂製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤及びセルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤、アスホターゼアルファ製剤、グラチラマー酢酸塩

製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤及びゴリムマブ製剤）に限る。

なお、「モルヒネ塩酸塩製剤」、「フェンタニルクエン酸塩製剤」、「複方オキシコドン製剤」及び「オキシコドン塩酸塩製剤」は、薬液が取り出せない構造で、かつ患者等が注入速度を変えることができない注入ポンプ等に、必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。ただし、患者又はその家族等の意を受け、かつ、これらの麻薬である注射薬の処方医の指示を受けた看護師が、患家に当該注射薬を持参し、患者の施用を補助する場合又は保険薬局の保険薬剤師が、患家に麻薬である注射薬を持参し、当該注射薬の処方医の指示を受けた看護師に手渡す場合は、この限りでない。

ウ イの「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいい、高カロリー輸液以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

なお、上記イに掲げる薬剤のうち、処方医及び保険薬剤師の医学薬学的な判断に基づき適当と認められるものについて、在宅中心静脈栄養法用輸液に添加して投与することは差し支えない。

エ イの「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

オ イの「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

6 外用薬（1調剤につき） 10点

注 4調剤以上の部分については算定しない。

留

＜調剤技術料＞

区分01 調剤料

（6）外用薬

ア 外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき算定する。

イ 外用薬の調剤料は、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。

ウ トローチについては、外用薬として算定する。

エ 同一有効成分で同一剤形の外用薬が複数ある場合には、その数にかかわらず、1調剤として取り扱う。

注2 5の注射薬について、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、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1日につきそれぞれ67点、77点又は67点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、1日につきそれぞれ135点、145点又は135点）を所定点数に加算する。

留

＜調剤技術料＞

区分 0 1 調剤料

（7）注射薬の無菌製剤処理

- ア 「注 2」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいう。
- イ 注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、2 以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を 1 日分製剤する毎にそれぞれ 67 点、77 点又は 67 点（6 歳未満の乳幼児の場合においては、1 日分製剤する毎にそれぞれ 135 点、145 点又は 135 点）を加算する。
- ウ 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 5 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（平成 16 年厚生労働省告示第 185 号）において指定されたものをいう。
- エ 無菌製剤処理加算は、同一日の使用のために製剤した場合又は組み合わせて 1 つの注射剤として製剤した場合においても、1 日につき 1 回に限り、主たるものの所定点数のみ算定するものとする。
- オ 無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。
- カ 無菌調剤室を共同利用する場合に当たっては、「薬事法施行規則の一部を改正する省令の施行等について」（平成 24 年 8 月 22 日薬食発 0822 第 2 号）を遵守し適正に実施すること。なお、この場合の費用については両者の合議とする。

●特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤

六 調剤料の注 2 に規定する無菌製剤処理の施設基準

- （1）薬局であること。
- （2）無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。ただし、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施行規則（昭和三十六年厚生省令第一号）第十五条の九第一項のただし書の場合は、この限りでない。
- （3）無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

特

〔別添 1〕

第 95 保険薬局の無菌製剤処理加算

1 保険薬局の無菌製剤処理加算に関する施設基準

- （1）2 名以上の保険薬剤師（常勤の保険薬剤師は 1 名以上）がいること。
- （2）無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

ただし、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施行規則（昭和 36 年厚生省令第 1 号）第 11 条の 8 第 1 項のただし書の規定に基づき無菌調剤室（薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。以下同じ。）を共同利用する場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

- (1) 保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 88 を用いること。
- (2) 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用い提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

3 麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に 1 調剤につき 70 点を加算し、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1 調剤につき 8 点を各区分の所定点数に加算する。

留

<調剤技術料>

区分 01 調剤料

(8) 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬加算

- ア 「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 2 条第 6 号の規定に基づく同法別表第 3 に掲げる向精神薬をいう。
- イ 本加算は、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、それ以外の場合に 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。
- ウ 使用した薬剤の成分が麻薬、覚醒剤原料又は毒薬であっても、その倍散の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚醒剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、本加算は算定できない。
- エ 重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は 1 調剤につき 70 点を算定し、それ以外の場合は 1 調剤につき 8 点を算定する。
- オ 本加算は、内服薬のほか、屯服薬、注射薬、外用薬についても算定できる。

4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後 10 時から午前 6 時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ所定点数の 100 分の 100、100 分の 140 又は 100 分の 200 に相当する点数を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の 100 分の 100 に相当する点数を所定点数に加算する。

留

<調剤技術料>

区分 01 調剤料

(9) 調剤技術料の時間外加算等

- ア 時間外加算は調剤基本料を含めた調剤技術料（基礎額）の 100 分の 100、休日加算は 100 分の 140、深夜加算は 100 分の 200 であり、これらの加算は重複して算定できない。

イ 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8」までを適用して算出した点数）と調剤料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は基礎額に含まない。

ウ 「区分番号13の3」のかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合の時間外加算等については、かかりつけ薬剤師包括管理料の所定点数を基礎額として取り扱う。

エ 時間外加算等を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示する。

オ 時間外加算

（イ）各都道府県における保険薬局の開局時間の実態、患者の来局上の便宜等を考慮して、一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休業日とする保険薬局における当該休業日とする。

（ロ）（イ）により時間外とされる場合においても、当該保険薬局が常態として調剤応需の態勢をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

（ハ）時間外加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。

（ニ）「注4」のただし書に規定する時間外加算の特例の適用を受ける保険薬局とは、一般の保険薬局の開局時間以外の時間における救急医療の確保のため、国又は地方公共団体等の開設に係る専ら夜間における救急医療の確保のため設けられている保険薬局に限られる。

（ホ）「注4」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、当該地域において一般の保険薬局が概ね調剤応需の態勢を解除し、翌日調剤応需の態勢を再開するまでの時間であって、深夜時間を除いた時間をいう。

カ 休日加算

（イ）休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。

（ロ）休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。

① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者

② 当該休日を開局しないこととしている保険薬局で、又は当該休日に調剤を行っている保険薬局の開局時間以外の時間（深夜を除く。）に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

キ 深夜加算

（イ）深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。

- ① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると思われる保険薬局で調剤を受けた患者
 - ② 深夜時間帯（午後10時から午前6時までの間）を開局時間としていない保険薬局、及び当該保険薬局の開局時間が深夜時間帯にまで及んでいる場合にあっては、当該開局時間と深夜時間帯とが重複していない時間に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者
- （ロ）深夜加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。

●特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤

六の二 調剤料の注4に規定する厚生労働大臣が定める時間

当該地域において一般の保険薬局がおおむね調剤応需の態勢を解除した後、翌日に調剤応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。）を除く。）

- 5 午後7時（土曜日にあっては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該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は、夜間・休日等加算として、処方箋受付1回につき40点を所定点数に加算する。ただし、注4のただし書に規定する場合にあっては、この限りでない。

留

<調剤技術料>

区分01 調剤料

(10) 調剤料の夜間・休日等加算

ア 夜間・休日等加算は、午後7時（土曜日にあっては午後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って、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、処方箋の受付1回につき、調剤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。

イ 夜間・休日等加算を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示するとともに、夜間・休日等加算の対象となる日及び受付時間帯を薬局内の分かりやすい場所に掲示する。また、平日又は土曜日に夜間・休日等加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。

- 6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの（1）に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点
- (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点
- (3) 液剤 45点

ロ 外用薬

- (1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90点
- (2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 75点
- (3) 液剤 45点



＜調剤技術料＞

区分 01 調剤料

(11) 自家製剤加算

ア 「注6」の自家製剤加算は、イの(1)に掲げる場合以外の場合においては、投薬量、投薬日数等に関係なく、自家製剤による1調剤行為に対し算定し、イの(1)に掲げる錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬を自家製剤の上調剤した場合においては、自家製剤を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

イ 本加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し市販されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。

- (イ) 錠剤を粉砕して散剤とすること。
- (ロ) 主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。
- (ハ) 主薬に基剤を加えて坐剤とすること。

ウ 「注6」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。

エ 薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。

- (イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び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
- (ロ) 液剤を調剤する場合であって、医薬品医療機器等法上の承認事項において用時溶解して使用することとされている医薬品を交付時に溶解した場合

オ 割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。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。

カ 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。

キ 「予製剤」とは、あらかじめ想定される調剤のために、複数回分を製剤し、処方箋受付時に当該製剤を投与することをいう。

ク 通常、成人又は6歳以上の小児に対して矯味剤等を加える必要がない薬剤を6歳未満の乳幼児（以下「乳幼児」という。）に対して調剤する場合において、薬剤師が必要性を認めて、処方医の了解を得た後で、単に矯味剤等を加えて製剤した場合であっても、

「注 6」の「イ」を算定できる。

ケ 自家製剤を行った場合には、賦形剤の名称、分量等を含め製剤工程を調剤録等に記載すること。

コ 自家製剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

●特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤

七 調剤料の注 6 ただし書に規定する薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤

7 2 種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、計量混合調剤加算として、1 調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、注 6 に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注 6 のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。

イ 液剤の場合 35 点

ロ 散剤又は顆粒剤の場合 45 点

ハ 軟・硬膏剤の場合 80 点



<調剤技術料>

区分 01 調剤料

(12) 計量混合調剤加算

ア 「注 7」の計量混合調剤加算は、薬価基準に収載されている 2 種類以上の医薬品（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、液剤、散剤若しくは顆粒剤として内服薬又は屯服薬を調剤した場合及び軟・硬膏剤等として外用薬を調剤した場合に、投薬量、投薬日数に関係なく、計量して混合するという 1 調剤行為に対し算定できる。なお、同注のただし書に規定する場合とは、次の場合をいう。

(イ) 液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤について注 6 の自家製剤加算を算定した場合

(ロ) 薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤を調剤した場合

イ ドライシロップ剤を液剤と混合した場合は、計量混合調剤加算を算定するものとする。

ウ 処方された医薬品が微量のため、乳幼児に対してそのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合は、「注 7」を算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び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、この限りでない。

エ 計量混合調剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

8 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、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その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付 1 回につき 15 点を所定点数に加算する。

留

<調剤技術料>

区分 01 調剤料

(13) 在宅患者調剤加算

「注 8」の在宅患者調剤加算は、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若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費が算定されていない場合は、算定できない。ただし、「区分番号 15」の（４）において規定するサポート薬局が処方箋を受け付け調剤を行った場合は、この限りでない。

●特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤

八 調剤料の注 8 に規定する施設基準

- （１）在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 1 に規定する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であること。
- （２）在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- （３）麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

九 調剤料の注 8 に規定する患者

- （１）在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者
- （２）在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者
- （３）指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者
- （４）指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者

特

〔別添 1〕

第96 在宅患者調剤加算

1 在宅患者調剤加算に関する施設基準

- （１）地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。
- （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、当該加算の施設基準に係る届出時の直近 1 年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数が、合算して計 10 回以上であること。
- （３）緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、サポート薬局の薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。

- (4) 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (5) 当該保険薬局において、在宅業務従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。
- また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。
- (7) 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。
- (8) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(2)については、前年3月1日から当年2月末日までの実績により判定し、当年の4月1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

2 届出に関する事項

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式89を用いること。

第2節 薬学管理料

区分10 薬剤服用歴管理指導料

区分10 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対して行った場合 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に入所している患者に訪問して行った場合 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、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。

イ 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。

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ 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。
- ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、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を行うこと。
- ホ 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。
- 2 3については、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。
- イ 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（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
- ロ 処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
- ハ 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。
- ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、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を行うこと。
- ホ 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。
- 3 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、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ときは、22点を所定点数に加算する。
- 4 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、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ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
- 5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、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ときには、特定薬剤管理指導加算として、10点を所定点数に加算する。
- 6 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を確認した上で、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。
- 7 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、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き、算定しない。
- 8 薬剤服用歴管理指導料の 3 に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。
- 9 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注 1 又は注 2 に掲げる指導等の全て

を行った場合には、注 1 及び注 2 の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付 1 回につき、1 3 点を算定する。この場合において、注 3 から注 6 までに規定する加算は算定できない。

1 1 から 1 3 まで削除

留

＜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。

なお、患者に対する服薬指導、服薬支援等を行う際に、日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材（以下「服薬カレンダー」という。）を提供する場合にあっては、患者から実費を徴収しても差し支えない。

区分 1 0 薬剤服用歴管理指導料

（1）薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」は、保険薬剤師が、患者に対して、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。

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、「注 1」のただし書の点数を算定する。

ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、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。

（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）保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

（ヘ）保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

イ 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、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、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。薬剤服用歴の記録への記載は、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・管理すること。

ウ 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、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）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載すること。

エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が

相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。

オ 薬剤情報提供文書により、調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報について患者に提供すること。

(2) 薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方箋受付時から算定できる。

(3) 薬剤服用歴の記録には、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。

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

(4) (3)のウからキまでの事項については、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。

(5) (1)のア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、調剤した薬剤をやむを得ず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の記録に記載する。

(6) 薬剤情報提供文書における「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、ボイスレコーダー等への録音その他のものをいう。

(7) 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。

(8) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であつて特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方箋発行医に確認する等慎重に対応すること。

(9) 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の記録を参照した上で、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、薬剤服用歴の記録に記載する。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。

- (10) 服薬指導に当たっては、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考とすること。また、服薬指導を円滑に実施するため、抗菌薬の適正使用が重要であることの普及啓発に資する取組を行っていることが望ましい。

- (11) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウ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。

ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ 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

ウ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録

手帳の当該欄については、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。

なお、手帳に初めて記載する保険薬局の場合には、保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を記載すること。

- (12) 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の記録に記載する。なお、手帳を活用しているが、持参を忘れた患者に対しては、「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、次回以降は手帳を持参するよう指導すること。

- (13) (1) のウの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。

- (14) 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の記録に記載する。

- (15) 患者が手帳を持参し忘れた場合は、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、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持参した場合は、当該文書が貼付されていることを確認する。

- (16) 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。

- (17) 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。
- (18) 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。
- (19) (1) 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の記録に記載する。
- (20) (1) のオの「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「「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」（平成30年3月5日保医発0305第8号）の別紙1に掲げられたものに加え、別紙2に掲げられたものも含むものであること。

ア 該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無

イ 該当する後発医薬品のうち、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品の名称及びその価格（当該薬局において備蓄しておらず、かつ、支給もできない場合はその旨）

- (21) 一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品を調剤することとするが、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について適切に説明した上で、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (22) 薬剤服用歴管理指導料「3」は、保険薬剤師が患者が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。）に対して必要な指導等を行った場合に算定する。
- (23) 薬剤服用歴管理指導料「3」についても、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料の(1)から(19)まで及び(21)を満たすこと。ただし、(4)の業務については、必要に応じて実施すること。
- (24) 薬剤服用歴管理指導料「3」に関して、「注8」に規定する交通費は実費とする。
- (25) 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」の分割調剤における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、処方医へ情報提供するとともに、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。
- (26) 「区分番号15」の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、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、それ以外の場合には算定できない。

(27) 麻薬管理指導加算

ア 「注3」の麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、電話等により定期的に、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副作用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 指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載する。

(28) 重複投薬・相互作用等防止加算

ア 「注 4」の重複投薬・相互作用等防止加算は、薬剤服用歴の記録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、薬剤服用歴管理指導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。

① 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）

② 併用薬、飲食物等との相互作用

③ 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の記録に記載する。

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。

(29) 特定薬剤管理指導加算

ア 「注 5」の特定薬剤管理指導加算は、薬剤服用歴管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、患者又はその家族等に当該薬剤が特に安全管理が必要な医薬品である旨を伝え、当該薬剤についてこれまでの指導内容等も踏まえ適切な指導を行った場合に算定する。

なお、「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（日本薬剤師会）等を参照し、特に安全管理が必要な医薬品に関して薬学的管理及び指導等を行う上で必要な情報については事前に情報を収集することが望ましいが、薬局では得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要とはしない。

イ 特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗 HIV 薬をいう。

なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。

ウ 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、その全てについて必要な薬学的管理及び指導を行うこと。ただし、処方箋の受付 1 回につき 1 回に限り算定するものであること。

エ 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、従来と同一の処方内容にもかかわらず当該加算を継続して算定する場合には、特に指導が必要な内容を重点的にを行い、その内容を薬剤服用歴の記録に記載すること。

(30) 乳幼児服薬指導加算

- ア 「注 6」の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、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。
- イ 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こと。
- ウ アにおける確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴の記録及び手帳に記載する。

(31) 薬剤服用歴管理指導料の特例

- ア 「注 9」の薬剤服用歴管理指導料の特例を算定する場合の取扱いは、(1) から (26) までに準ずるものとする。なお、保険薬剤師が、患者が入所している特別養護老人ホームを訪問して行う場合は、(22) から (24) までに準ずる。
- イ 薬剤服用歴管理指導料の特例を算定する場合は、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算、乳幼児服薬指導加算は算定できない。

●特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤

- 十 薬剤服用歴管理指導料の注 5 又はかかりつけ薬剤師指導料の注 4 に規定する医薬品
別表第三の三に掲げる医薬品
- 十の二 薬剤服用歴管理指導料の注 9 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局
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。

特

〔別添 1〕

第97 薬剤服用歴管理指導料の注 9 に規定する保険薬局

- 「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」とは、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であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 手帳の活用実績は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年 3 月 1 日から当年 2 月末日までの薬剤服用歴管理指導料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。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。
- 1 及び 2 により、「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」に該当した場合であっても、直近 3 月間における 1 の割合が50%を上回った場合には、2 にかかわらず、その時点で「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」に該当しないものとする。
- 本規定の取扱いは、1 年間の経過措置を設けており、平成30年 4 月 1 日から平成31年 2 月末日までの手帳の活用実績をもって、平成31年4月1日から適用する。
- 本規定の報告については、別添 2 の様式84を用いること。

区分 13 の 2 かかりつけ薬剤師指導料

区分 13 の 2 かかりつけ薬剤師指導料 73 点

- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定する。
- 2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、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ときは、22 点を所定点数に加算する。
- 3 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、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ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
- 4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、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ときには、特定薬剤管理指導加算として、10 点を所定点数に加算する。
- 5 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を確認した上で、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。
- 6 区分番号 10 に掲げる薬剤服用歴管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、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、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き、算定しない。



<薬学管理料>

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、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、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の記録にその旨を記載する。
- 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

- (3) 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行うこととし、患者の同意を得た後、次の処方箋受付時以降に算定できる。なお、1人の患者に対して、1か所の保険薬局における1人の保険薬剤師のみについてかかりつけ薬剤師指導料を算定できるものであり、同一月内は同一の保険薬剤師について算定すること。
- (4) 他の保険薬局及び保険医療機関においても、かかりつけ薬剤師の情報を確認できるよう、患者が保有する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) 患者に対する服薬指導等の業務はかかりつけ薬剤師が行うことを原則とする。ただし、やむを得ない事由により、かかりつけ薬剤師が業務を行えない場合は、当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師が服薬指導等を行っても差し支えないが、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない（要件を満たす場合は、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料を算定できる。）。この場合、他の保険薬剤師が服薬指導等で得た情報については、薬剤服用歴の記録に記載するとともに、かかりつけ薬剤師と情報を共有すること。
- (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。
 - ア 「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。
 - イ 患者が服用中の薬剤等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、患者の意向を確認した上で、服薬指導等の内容を手帳等に記載すること。
 - ウ 患者が受診している全ての保険医療機関の情報を把握し、服用している処方薬をはじめ、要指導医薬品及び一般用医薬品（以下「要指導医薬品等」という。）並びに健康食品等について全て把握するとともに、その内容を薬剤服用歴の記録に記載すること。また、当該患者に対して、保険医療機関を受診する場合や他の保険薬局で調剤を受ける場合には、かかりつけ薬剤師を有している旨を明示するよう説明すること。
 - エ 患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。ただし、やむを得ない事由により、かかりつけ薬剤師が開局時間外の相談等に応じることができない場合には、あらかじめ患者に対して当該薬局の別の保険薬剤師が開局時間外の相談等に対応する場合があることを説明するとともに、当該薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。
 - オ 患者が他の保険薬局等で調剤を受けた場合は、その服用薬等の情報を入手し、薬剤服用歴の記録に記載すること。
 - カ 調剤後も患者の服薬状況の把握、指導等を行い、その内容を薬剤を処方した保険医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。服薬状況の把握は、患者の容態や希望に応じて、定期的に行うこと（電話による連絡、患家への訪問、患者の来局時など）。また、服用中の薬剤に係る重要な情報を知ったときは、患者に対し当該情報を提供し、患者への指導等の内容及び情報提供した内容については薬剤服用歴の記録に記載すること。
 - キ 継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を必要に応じて提供し、その取組（いわゆるブラウンバッグ運動）の意義等を説明すること。また、患者が薬剤等を持参した場合は服用薬の整理等の薬学的管理を行うこととするが、必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理

等を行うこと。なお、訪問に要した交通費（実費）は、患家の負担とする。

- ク 必要に応じ、患者が入手している調剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及び指導を行う。
- （7）かかりつけ薬剤師指導料を算定する患者以外の患者への服薬指導等又は地域住民からの要指導医薬品等の使用に関する相談及び健康の維持増進に関する相談に対しても、丁寧に対応した上で、必要に応じて保険医療機関へ受診勧奨を行うよう努める。
- （8）麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算及び乳幼児服薬指導加算の取扱いについては、「区分番号10」の「注3」に掲げる麻薬管理指導加算、「注4」に掲げる重複投薬・相互作用等防止加算、「注5」に掲げる特定薬剤管理指導加算及び「注6」に掲げる乳幼児服薬指導加算に準じるものとする。
- （9）育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）で定める期間に、当該保険薬局の勤務時間が週32時間に満たない薬剤師が算定する場合には、次に掲げる対応を行う。
- ア 同意取得にあたり、勤務時間が通常より短いことを説明する。
- イ 患者に渡す勤務表には、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律で定める期間であるため短時間勤務となっている旨を記載する。
- ウ 当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師と当該患者についての情報を共有し、同意している保険薬剤師の不在時に患者から問い合わせがあった場合等に、他の保険薬剤師が同意している保険薬剤師と連絡を取るなどして円滑に対応できる体制を整えておく。
- （10）かかりつけ薬剤師指導料は、薬剤服用歴管理指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料と同時に算定することはできない。
- （11）平成30年4月1日前に取得した同意は、（2）の規定によらずその効力を有する。ただし、患者が同意の取消しを申し出た場合は、この限りでない。

区分13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料

区分13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 280点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる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。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。

2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料又は区分番号13の2に掲げるかかりつ

け薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

1 4 削除

留

＜薬学管理料＞

- (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、診療報酬点数表の「区分番号A001」の「注12」地域包括診療加算若しくは「注13」認知症地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」の地域包括診療料若しくは「区分番号B001-2-10」の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。
- (3) 患者の服薬状況等については、薬学的知見に基づき随時把握して、保険医に対して、その都度情報提供するとともに、必要に応じて処方提案する。なお、情報提供の要否、方法、頻度等については、あらかじめ保険医と相談して合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等によることで差し支えない。
- (4) かかりつけ薬剤師包括管理料の算定に当たっては、「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料の(2)から(7)まで、(9)及び(11)を準用する。この場合において、「かかりつけ薬剤師指導料」は「かかりつけ薬剤師包括管理料」と読み替える。
- (5) かかりつけ薬剤師包括管理料は、薬剤服用歴管理指導料又はかかりつけ薬剤師指導料と同時に算定できない。

●特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤

- 十 薬剤服用歴管理指導料の注5又はかかりつけ薬剤師指導料の注4に規定する医薬品別表第三の三に掲げる医薬品
- 十一 かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準
 当該指導等を行うにつき十分な経験等を有する薬剤師が配置されていること。

特

〔別添1〕

第98 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

1 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こと。

- (1) 以下に掲げる勤務経験等を有していること。
 - 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。
 - イ 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、保険薬剤師について育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週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。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に 1 年以上在籍している。

（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。

（3）医療に係る地域活動の取組に参加していること。

2 届出に関する事項

（1）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係る届出は、別添 2 の様式 90 を用いること。

（2）（1）のウについては、平成 30 年 9 月 30 日までの間は、なお従前の例によることができる。

（3）当該従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

区分 1 4 の 2 外来服薬支援料

1 4 の 2 外来服薬支援料 1 8 5 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。

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。

3 区分番号 1 5 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。

留

<薬学管理料>

区分 1 4 の 2 外来服薬支援料

（1）外来服薬支援料は、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の活用等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、「注 1」及び「注 2」合わせて服薬支援 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。この場合、訪問に要した交通費（実費）は患家の負担とする。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。

（2）「注 1」については、外来服薬支援を行うに当たり、患者が、当該保険薬局で調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を服用していないか確認し、極力これらの薬剤も含めて整理するよう努める。また、実際にこれらの薬剤も含めて服薬支援を行う場合には、重複投薬、相互作用等の有無を確認し、処方医

に必要な照会を行い、適切な措置を講じる。なお、患者に対する服薬中の薬剤の確認や処方医への照会等を行った上で、結果として、他の保険薬局で調剤された薬剤又は保険医療機関で院内投薬された薬剤のみについて服薬支援を行うこととなった場合（当該保険薬局で調剤を受けていない患者が持参した、他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤について服薬支援を行う場合を含む。）でも算定できる。

- （３）「注２」については、患者が保険薬局に持参した服用中の薬剤等の服薬管理を行い、その結果を関係する保険医療機関へ情報提供した場合に算定できる。算定に当たっては、あらかじめ、患者又はその家族等に対して、保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を提供し、患者等が薬剤等を持参することで服薬管理を行う取組（いわゆるブラウンバッグ運動）を周知しておく。
- （４）外来服薬支援は、処方箋によらず、調剤済みの薬剤について服薬管理の支援を目的として行うものであるため、薬剤の一包化を行った場合でも、調剤技術料は算定できない。
- （５）薬剤の一包化による服薬支援は、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場合に行うものである点に留意する。
- （６）外来服薬支援料を算定する場合は、服薬支援に係る薬剤の処方医の了解を得た旨又は情報提供した内容並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴の記録に記載する。
- （７）外来服薬支援料は、「区分番号15」の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できない。また、現に他の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている患者についても算定できない。

区分 1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

区分 1 4 の 3 服用薬剤調整支援料 1 2 5 点

注 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、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 回に限り所定点数を算定する。

留

＜薬学管理料＞

区分 1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

- （１）服用薬剤調整支援料は、当該内服を開始して 4 週間以上経過した内服薬 6 種類以上を当該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、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について評価したものである。
- （２）服用薬剤調整支援料は、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 週間以上継続した場合に算定する。
- （３）保険医療機関名及び保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- （４）調剤している内服薬について、屯服薬は対象とはならない。また、当該内服薬の服用を

開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。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。

- (5) 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。
- (6) 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等の方法により記録・保持する。
- (7) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り、新たに算定することができる。

区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点
- 3 1及び2以外の場合 290点

- 注1 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つては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
- 2 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100点を所定点数に加算する。
 - 3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、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。
 - 4 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。
 - 5 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。



<薬学管理料>

区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 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つ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、患家を訪問して、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算定する。

- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数をいう。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、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことできる。
- (3) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいう。ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成20年厚生労働省告示第128号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。
- (4) (3)にかかわらず、訪問薬剤管理指導を主に行っている保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、連携する他の保険薬局（以下「サポート薬局」という。）と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には在宅基幹薬局の薬剤師に代わって当該患者又はその家族等に訪問薬剤管理指導を行うことについて、あらかじめ当該患者又はその家族等の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は、在宅基幹薬局が行うこととするが、費用については両者の合議とする。
- (5) サポート薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行ったサポート薬局名、当該訪問薬剤管理指導を行った日付及びやむを得ない事由等を記載する。
また、サポート薬局が処方箋を受け付け、調剤を行ったサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等はサポート薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄にはサポート薬局が処方箋を受け付けた旨を記載する。
- (6) 1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- (7) 「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、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載する。

- (8) 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存する。
- (9) 薬学的管理指導計画は、原則として、患家を訪問する前に策定する。
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、訪問薬剤管理指導の結果及び当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点について情報提供する。
- (13) 訪問薬剤管理指導は、当該保険薬局の調剤した薬剤の服用期間内に、患者の同意を得て実施する。なお、調剤を行っていない月に訪問薬剤管理指導を実施した場合は、当該調剤年月日及び投薬日数を調剤報酬明細書の摘要欄に記入する。
- (14) 在宅患者訪問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、週2回かつ月8回に限り算定できる。
- (15) 保険薬剤師1人につき「1」、「2」及び「3」を合わせて週40回に限り算定できる。
- (16) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の（3）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 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、副作用、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 サポート薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行った場合には、（5）で規定する事項

- (17) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料、「区分番号13の2」かかりつけ薬剤師指導料及び「区分番号13の3」かかりつけ薬剤師包括管理料は、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を除いて算定できない。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、「区分番号14の2」の外来服薬支援料又は「区分15の5」の服薬情報等提供料は算定できない。

- (18) 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、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副作用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。

イ 「注 2」の麻薬管理指導加算は、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。

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の（3）及び「区分番号15」の（16）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副作用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、疼痛緩和及び副作用等の状況、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の記録に添付することで差し支えない。）

（19）「注 3」の乳幼児加算は、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。

（20）保険薬局（サポート薬局を含む。）の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注 2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により16キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年 3 月31日以前に「注 1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

（21）「注 4」に規定する交通費は実費とする。

区分 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

区分 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点

注 1 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及び指導を行った場合に、月 4 回に

限り算定する。

- 2 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100点を所定点数に加算する。
- 3 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。
- 4 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。
- 5 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

留

<薬学管理料>

- (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、月4回に限り算定する。
- (2) 「区分番号15」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サポート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、「区分番号15」の(4)及び(5)の取扱いに準ずること。
- (3) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)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 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

(4) 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副作用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。
- イ 「注2」の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、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15の2」の(3)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副作用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、疼痛緩和及び副作用等の状況、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の記録に添付することで差し支えない。）
- (5) 「注 3」の乳幼児加算は、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。
- (6) 保険薬局（サポート薬局を含む。）の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注 2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により16キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。
ただし、平成24年3月31日以前に「区分番号15」の「注 1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。
- (7) 「注 4」に規定する交通費は実費とする。

区分 15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点

- 注 1 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の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、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、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月 2 回に限り算定する。
- 2 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 100 点を所定点数に加算する。
- 3 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。

4 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。

5 区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、別に算定できない。

留

<薬学管理料>

区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

(1) 在宅患者緊急時等共同指導料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等（居宅介護支援事業者の介護支援専門員を含む。以下同じ。）が一堂に会す等によりカンファレンスを行うことで、より適切な治療方針を立てることが可能となるとともに、カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の情報を的確に共有することができ、患者及び家族が安心して療養生活を送ることに資することから、そのような取組を評価するものである。

(2) 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の求めにより、原則として患家を訪問し、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。

(3) 当該カンファレンスは、原則として、患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。また、やむを得ない事情により患家を訪問することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、保険薬局の保険薬剤師が、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号15の4において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア 当該カンファレンスに当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者以上が参加すること

イ 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること

(4) 更に、保険薬局が、「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」（平成30年3月5日保医発0305第2号）の別添3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合には、以下のアからウまでを満たすときに限り、ビデオ通話を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスであること

イ 当該2回目のカンファレンスに当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者

以上が参加すること

ウ 1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること

(5) (3) 及び (4) において、患者の個人情報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」（平成25年10月）に対応していること。

(6) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)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から要請があつて患家を訪問し、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 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

(7) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料は別に算定できない。

(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副作用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 「注2」の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、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15の3」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副作用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、疼痛緩和及び副作用等の状況、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の記録に添付することで差し支えない。）

(9) 「注3」の乳幼児加算は、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。

- (10) 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急時等共同指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により16キロメートルを超えて療養上必要な指導を行った場合の在宅患者緊急時等共同指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年3月31日以前に「区分番号15」の「注1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

区分15の4 退院時共同指導料

区分15の4 退院時共同指導料 600点

注 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、当該患者の同意を得て、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、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師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回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。



<薬学管理料>

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、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) 保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「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」（平成30年3月5日保医発0305第2号）の別添3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属するものであって、やむを得ない事情により、保険薬局の薬剤師が入院保険医療機関に赴くことができないときは、ビデオ通話を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
- (3) 当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、やむを得ない事情により、保険薬局の薬剤師が入院保険医療機関に赴くこ

とができないときは、ビデオ通話を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

- (4) (2) 及び (3) 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」（平成25年10月）に対応していること。
- (5) 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (6) 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴の記録に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する。
- (7) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

●特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤

十二 退院時共同指導料の注ただし書に規定する疾病等の患者

別表第三の一の二に掲げる患者

区分 15 の 5 服薬情報等提供料

区分 15 の 5 服薬情報等提供料

1 服薬情報等提供料 1 30点

2 服薬情報等提供料 2 20点

注 1 1 については、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。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

2 2 については、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、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。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

3 区分番号 13 の 2 に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号 13 の 3 に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号 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。



<薬学管理料>

区分 15 の 5 服薬情報等提供料

- (1) 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。

- (2) 「服薬情報等提供料 1」は、保険医療機関から (4) のア又はイに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診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書面又は電子的な方法（以下「文書等」という。）により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。

ア 処方箋を発行した保険医療機関が患者の服用薬の残薬の報告を求めており、保険薬局において患者の服用薬の残薬を確認し、当該保険医療機関に対して情報提供を行った場合

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注 9」に掲げ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、処方医に対して情報提供を行った場合

ウ 保険医療機関からの求めに応じ、入院前の患者の服用薬について確認し、依頼元の医療機関に情報提供した場合

- (3) 「服薬情報等提供料 2」は、以下の場合に算定できる。

ア 患者又はその家族等の求めがあった場合、患者の同意を得て、次に掲げる情報等の内容について、患者又はその家族等に対して速やかに提供等し、当該患者の次回の処方箋受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合。

(イ) 緊急安全性情報、安全性速報や医薬品・医療機器等安全性情報など、処方箋受付時に提供した薬剤情報以外の情報で患者の服薬期間中に新たに知り得た情報

(ロ) 患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導

イ 保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴に基づき患者の服薬に関する (4) のアからウまでに掲げる情報提供の必要性を認めた場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診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。これには、保険薬局において患者の服用薬の残薬を確認し、処方箋を発行した保険医療機関に対して情報提供を行った場合が含まれる。

- (4) 保険医療機関に対する情報提供の内容は次のとおりとする。

ア 当該患者の服用薬及び服薬状況

イ 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等

ウ 当該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

- (5) ここでいう「服薬状況」とは、患者が薬剤の用法及び用量に従って服薬しているか否かに関する状況のほか服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えに関する情報を含む。患者に自覚症状がある場合には、当該自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果も含めて情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすることが望ましい。

- (6) (4) のウについては、処方箋の記入上の疑義照会等では算定できない。

- (7) 患者 1 人につき同一月に 2 回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月 1 回のみの算定とする。ただし、2 以上の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月 1 回に限り算定できる。

- (8) 保険医療機関への情報提供に当たっては、別紙様式 1 又はこれに準ずる様式の文書等に

必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書等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しておく。

- (9) (3) のアについて、患者の服薬期間中に情報提供した事項、服薬期間中及び処方箋受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導等については、情報提供の都度、薬剤服用歴の記録に記載する。
- (10) 服薬情報等提供料は、「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料、「区分番号13の3」のかかりつけ薬剤師包括管理料又は「区分番号15」の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できない。
- (11) 電子的方法によって、個々の患者の服薬に関する情報等を保険医療機関に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：HealthcarePublicKeyInfrastructure）による電子署名を施すこと。

区分15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

区分15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点

2 残薬調整に係るものの場合 30点

注1 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その他厚生労働大臣が定める患者に対して、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、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、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ている患者については、算定しない。

16から19まで削除



<薬学管理料>

区分15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- (1) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、薬剤服用歴の記録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算定する。ただし、複数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。
- (2) 「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。
- ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）
 - イ 併用薬、飲食物等との相互作用
 - ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項
- (3) 「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。
- (4) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料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の記録に記載する。

- (5) 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。

●特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤

十三 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の注1に規定する患者

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者
- (2) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者
- (3) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者
- (4) 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者

第3節 薬剤料

区分20 薬剤料

区分20 使用薬剤料

- 1 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合 1点
 - 2 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合の加算10円又はその端数を増すごとに1点
- 注 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。



<薬剤料>

区分20 使用薬剤料

- (1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。
ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。
なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。
- (2) 保険薬局が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費を負担させて差し支えないが、患者が当該吸入器を返還した場合は当該実費を返還する。
- (3) 被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため（天災地変その他やむを得ない場合を除く。）再交付された処方箋に基づいて、保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は、被保険者の負担とする。
- (4) 内服用液剤を投与する際には常水（水道水、自然水）を使用するが、特に蒸留水を使用しなければならない理由があれば使用して差し支えない。
- (5) 薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。

第 4 節 特定保険医療材料料

区分 3 0 特定保険医療材料料

区分 3 0 特定保険医療材料料

特定保険医療材料材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

留

<特定保険医療材料料>

区分 3 0 特定保険医療材料

- (1) 保険薬局で交付できる特定保険医療材料とは、別表 1 に掲げるものとし、次に該当する器材については算定できない。
 - ア 別表 2 に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器
 - イ 在宅医療以外の目的で患者が使用する「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年 3 月厚生労働省告示第61号）の別表の I に規定されている特定保険医療材料
- (2) 特定保険医療材料の定義については、「特定保険医療材料の定義について」（平成30年 3 月 5 日保医発0305第13号）を参照すること。

別表 1

- インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト、エタネルセプト製剤、ヒトソマトメジンC 製剤、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、pH 4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、アスホターゼアルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、ブロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤及びゴリムマブ製剤の自己注射のために用いるディスポーザブル注射器（針を含む。）
- 万年筆型注入器用注射針
- 「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年 3 月厚生労働省告示第61号）の別表の I に規定されている特定保険医療材料

別表 2

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、

乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、エタネルセプト製剤、ペグビソマンツ製剤、スマトリプタン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、アスホターゼアルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤

第5節 経過措置

- 1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注4、区分番号15の2の注4及び区分番号15の3の注4の規定は適用しない。
- 2 区分番号00の注6に係る規定は、平成30年9月30日までの間は、適用しない。
- 3 区分番号10の注9に係る規定は、平成31年3月31日までの間は、適用しない。

資料 3 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（抄）

（平成 18 年 3 月 6 日厚生労働省告示第 107 号）
（改正：平成 30 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 42 号）

第一 ～ 第九 （略）

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

- 一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

（略）

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

- （一） 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第二条第一号に規定する麻薬（（二）に掲げるものを除く。）

ロ 麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬（（二）及び（三）に掲げるものを除く。）

ハ 新医薬品（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（昭和三十五年法律第百四十五号）第十四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。）であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあっては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの（次に掲げるものを除く。）

（略）

- （二） 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が三十日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、ブロチゾラム、ブロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、ロフラゼプ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、メペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤

ロ 外用薬

フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬

ハ 注射薬

フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する
注射薬

（三） 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量が九十日分を限度とされる内服薬

ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

第十一 ～ 第十五 （略）