

調剤

日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

# 2016年度診療報酬改定 (調剤報酬点数表)

株式会社日医工医業経営研究所 (日医工MPI)



2016年3月4日に告示があり、同日の厚労省保険局医療課の説明会を参考にMPIが編集した資料です。厚労省ホームページに掲載の通知等の資料もご確認ください。

資料No.20160309-427-1

株式会社日医工医業経営研究所

## 調剤基本料 1/4

改定前	改定後
<p><b>【調剤基本料】</b> 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 41点</p> <p>注1 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき25点を算定する。ただし、□に該当する保険薬局であって、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ものについてはこの限りでない。</p> <p>イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）</p> <p>□ 処方せんの受付回数が1月に2,500回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるものに限り、イに該当するものを除く。）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務（次ページ記載）</p> <p>小規模薬局（約25件/日）は除外</p>	<p><b>【調剤基本料】</b> 調剤基本料1 <b>41点</b> 調剤基本料2 <b>25点</b> 調剤基本料3 <b>20点</b> 調剤基本料4 <b>31点</b> 調剤基本料5 <b>19点</b></p> <p>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、処方せんの受付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、当該基準に係る区分に従い、調剤基本料1又は調剤基本料4により算定する。</p> <p>地方厚生（支）局への届け出</p> <p>注2 注1の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については、特別調剤基本料として<b>15点</b>を算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局（かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を<b>1年</b>実施していない保険薬局）においては所定点数の<b>100分の50</b>に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付回数が1月に<b>600回</b>以下の保険薬局を除く。</p>

## 調剤基本料 2/4

改定前	改定後
<p>注6 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（当該保険薬局において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第495号）に記載されている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に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（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35年法律第145号）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薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が50%以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき31点（注1に該当する場合には19点）により算定する。</p> <p><u>〔施設基準〕</u> <u>（新設）</u></p>	<p><u>（削除）</u></p> <p>かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・調剤料の時間外等加算</li> <li>・調剤料の夜間・休日等加算</li> <li>・薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算</li> <li>・薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算</li> <li>・かかりつけ薬剤師指導料</li> <li>・かかりつけ薬剤師包括管理料</li> <li>・外来服薬支援料</li> <li>・在宅患者訪問薬剤管理指導料</li> <li>・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</li> <li>・在宅患者緊急時等共同指導料</li> <li>・退院時共同指導料</li> <li>・服薬情報等提供料</li> <li>・在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</li> <li>・居宅療養管理指導費（介護報酬）</li> <li>・介護予防居宅療養管理指導費（介護報酬）</li> </ul>

これらの合計算定回数が年10回未満の場合、調剤基本料が半減される  
（2017年3月31日までの経過措置あり）

2017年度(2017年4月以降)の調剤基本料については、2016年3月～2017年2月の実績で判定

## 調剤基本料 3/4

改定後

## 〔施設基準〕

## 調剤基本料 1

- ① 調剤基本料 2 の①又は調剤基本料 3 の①に該当しない保険薬局
- ② 妥結率が 5 割を超える保険薬局

## 調剤基本料 2

- ① 次に掲げるいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料 3 の①に該当する保険薬局を除く。
  - イ 処方せんの受付回数が 1 月に 4,000 回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 7 割を超えるものに限る。）
  - ロ 処方せんの受付回数が 1 月に **2,000 回**を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 9 割を超えるものに限る。）
  - ハ 特定の保険医療機関に係る処方せんが月 **4,000 回**を超える保険薬局
- ② 妥結率が 5 割を超える保険薬局

## 調剤基本料 3

- ① 同一法人グループ内の処方せん受付回数の合計が 1 月に **40,000 回**を超える法人グループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局
  - イ 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が **9 割 5 分**を超える保険薬局
  - ロ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局
- ② 妥結率が 5 割を超える保険薬局

医療モールなどが該当

## 調剤基本料 4

調剤基本料 1 の①に該当する保険薬局のうち、妥結率が 5 割以下の保険薬局

## 調剤基本料 5

調剤基本料 2 の①に該当する保険薬局のうち、妥結率が 5 割以下の保険薬局

## 調剤基本料 4/4

改定前	改定後
<p>24時間開局は特例除外規定ではなくなった</p> <p>調剤基本料注1のただし書きに定める施設基準二十四時間開局していること。 (新設)</p> <p>「薬局等の許可等に関する疑義について(平成11年2月16日医薬企第17号)」で規定されている換算方法により算出</p> <p>「かかりつけ薬剤師指導料等」が特例除外規定になった</p>	<p>調剤基本料注1のただし書きに定める施設基準(削除)</p> <p>1 次のすべてに該当する保険薬局であること。 (1)当該保険薬局に勤務している保険薬剤師の<b>5割以上</b>が、かかりつけ薬剤師指導料の施設基準に適合している薬剤師であること。 (2)区分番号13の2かかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3かかりつけ薬剤師包括管理料に係る業務について、相当の実績を有していること。</p> <p>2 調剤基本料1を算定する保険薬局は、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が5割を超えていること。</p>

規定を満たせば、  
調剤基本料2・3の薬局は1を  
調剤基本料5・特別の薬局は4を算定できる

※妥結率が低い保険薬局に対する特例の取扱いについては、当年4月から9月末日までの期間における妥結率の地方厚生(支)局への報告は従来どおり10月とするが、特例が適用されるのはこれまでの「11月1日」を「翌4月1日」からとする。なお、妥結率を報告していない薬局は、従来どおり妥結率が低い保険薬局とみなす。

# 調剤基本料

## 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

### 区分00 調剤基本料

(1)～(3) (略)

(4) 「注3」の処方せんの受付回数が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せん受付回数に準じて取り扱う。

(5) 「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こと。

(6) 「注6」又は「注7」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6」又は「注7」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)～(11) (略)

(12) 「注8」については、医師の分割指示に係る処方せん（「注6」又は「注7」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8」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せん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、分割指示が2回の場合は合算した点数の2分の1、分割指示が3回以上の場合は合算した点数の3分の1に相当する点数を当該調剤時に算定する。

なお、算定に当たり、合算した点数を2分の1又は3分の1にした際に生じる、小数点以下の数値については切り捨てる。

(14) 1処方せんについて、「注6」、「注7」又は「注8」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一日に行う場合にあつては、「注8」の分割調剤に係る点数により算定する。

「注3」調剤基本料50/100減算

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

「注6」長期投薬分割調剤  
「注7」後発医薬品分割調剤

「注8」医師の指示による分割調剤

## 調剤基本料実績期間(処方せん受付回数)

施設基準通知  
新規記載分(緑字) 抜粋

## 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

## 第2 届出に関する手続き

4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。  
ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

## (12) 調剤基本料の施設基準

## ア 処方せん受付回数

(イ) 前年3月1日から当年2月末日までの1年間の処方せん受付回数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する。

(ロ) (イ)にかかわらず、前年3月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方せん受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料1に該当しているものとして取り扱う(ただし、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等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。)

a 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に指定された保険薬局について指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの処方せん受付回数で判定し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。

b 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の処方せん受付回数で判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。

(ハ) 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、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)(以下「医薬品医療機器法」という。)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、

(ロ)b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。

## 新規届出の場合

例：28年8月1日に新規指定された薬局(ロ)の場合)

・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う(ただし、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等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。)

・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月(④の翌日)から⑥まで適用する。

・29年4月1日(⑥の翌日)から30年3月末日(⑦)までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。

①28年8月1日 ②9月1日 ③11月末日 ④12月末日 ⑤29年2月末日 ⑥3月末日 ⑦30年3月末日

## 調剤基本料実績期間（妥結率、特例除外）

### イ 妥結率の実績

(イ) 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日までとし、翌年4月1日から翌々年3月31日まで適用する。

(ロ) (イ)にかかわらず、妥結率の報告年度の当年4月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年3月31日までは妥結率が5割を超えているものとみなす。

(ハ) 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、(ロ)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。

### 新規届出の場合

例：28年5月1日に新規指定された薬局の場合

- ・①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす
- ・②から③までの妥結率の実績を30年4月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。

①28年5月1日 ②29年4月1日 ③9月末日 ④30年3月末日 ⑤31年3月末日

（13）調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準  
届出前3月間の実績をもって施設基準の適合性を判断する。

施設基準通知  
新規記載分（緑字）抜粋

## 調剤基本料（施設基準 1/4）

施設基準通知  
新規記載分（緑字）抜粋

## 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

## 第88 調剤基本料

## 1 調剤基本料の施設基準

## (1) 処方せんの受付回数

処方せんの受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方せん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せん

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せん

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八の(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127号）別表の「5」の介護予防居宅療養管理指導費の八の(2)の基となる調剤に係る処方せん

(2) 処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数が、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、処方せん受付回数の合計が、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せんによる調剤の割合は、特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数を、当該期間に受け付けた全ての処方せんの受付回数で除して得た値とする。

(4) 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（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。）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。）。

(4)～(6)同一グループの考え方

## 調剤基本料（施設基準 2/4）

施設基準通知  
新規記載分（緑字）抜粋

(4)～(6)同一グループの考え方

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。

(5)(4)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。

## 調剤基本料 (施設基準 3/4)

施設基準通知  
新規記載分 (緑字) 抜粋

## (4)~(6)同一グループの考え方

(6) 同一グループ内の処方せん受付回数が1月に4万回を超えるか否かの取扱いは、当年2月末日時点で(4)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月当たりの処方せん受付回数を合計した値が4万回を超えるか否かで判定する。保険薬局ごとの1月当たりの処方せん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せん受付回数を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せん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。

(7) 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、(4)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、(4)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

## 調剤基本料（施設基準 4/4）

施設基準通知  
新規記載分（緑字）抜粋

（8）医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、妥結率を施設基準で規定しているが、具体的な取扱いについては以下のとおりとする。なお、妥結率の実績が5割以下の保険薬局を「妥結率が低い保険薬局」という。

ア 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、取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする。また、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状況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薬価基準に記載されている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薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額

イ 妥結率については、別添2の様式85により、毎年10月に同年4月1日から9月30日までの期間における妥結率の実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、10月に報告された妥結率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。ただし、妥結率の報告を行っていない保険薬局は、妥結率が低い保険薬局とみなす。

ウ（6）により、同一グループ内の処方せん受付回数の合計が1月に4万回を超えると判断されるグループに属する保険薬局は、10月の報告時には、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書等の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

エ 平成27年10月に報告された妥結率に基づいて、妥結率が低い保険薬局とされた保険薬局は同年11月1日から平成28年10月末日まで、妥結率が低い保険薬局とされているが、当該保険薬局は平成29年3月末日まで引き続き妥結率が低い保険薬局とみなすものとする。ただし、当該期間中に妥結率が低い保険薬局とされている薬局については、平成28年10月の妥結率の報告により、報告年度の妥結率が5割を超えている場合は、同年11月1日から平成29年3月末日まで妥結率が低い保険薬局としては取り扱わないものとする。

## 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。

様式 84

## 調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る 調剤基本料の区分 (いずれかに○を 付す)	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 1	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 1 (特例除外)
	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 2		
	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 3		
	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 4	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 4 (特例除外)
	<input type="checkbox"/>	調剤基本料 5		

1 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する) □新規指定に伴う新規届出 (選及指定が認められる場合を除く) 指定日 ( 年 月 日 ) □新規指定に伴う届出 (選及指定が認められる場合) □調剤基本料の区分変更に伴う届出 □その他 ( )	
2 所属するグループ名とグループ内の1月当たりの処方せん受付回数の合計 (①)	所属するグループ名 ( ) 1月当たりの処方せん受付回数の合計 (①) ( 回 )
3 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無 (いずれかに「レ」を記入)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
4 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間: 年 月 ~ 年 月 ( ヶ月間②)	
全処方せん受付回数 (③)	回
うち、主たる医療機関に係る処方せん受付回数 (④)	回
集中華 (④/③) (%) (⑤)	%
5 前年4月1日から9月末日までの妥結率 (⑥)	%
6 特例除外の該当の有無	<input type="checkbox"/> あり (様式 84 の 2 の添付必要) <input type="checkbox"/> なし
(参考) かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない薬局への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり (100 分の 50 により算定) <input type="checkbox"/> なし

※調剤基本料の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。なお、上記6の特例除外に該当する場合は、表の「特例除外」の欄の該当する区分に○をつける。

(1) ①が40,000回を超えている→(2)へ  
該当しない→(3)へ

(2) 次のいずれかに該当する 一表中 (Ⅲ)へ  
ア 3の「ある」に「レ」が記入されている

イ ⑤が95%を超えている  
該当しない → (3)へ

(3) 次のいずれかに該当する一表中 (Ⅱ)へ  
ア ②[(月数)×4,000]が③を超えており、かつ、⑤が70%を超えている  
イ ②[(月数)×2,000]が③を超えており、かつ、⑤が90%を超えている  
ウ ②[(月数)×4,000]が④を超えている  
該当しない一表中 (Ⅰ)へ

表

	妥結率 (⑥)により判断	
	50%超	50%以下
(Ⅰ)	調剤基本料 1	調剤基本料 4
(Ⅱ)	調剤基本料 2	調剤基本料 5
(Ⅲ)	調剤基本料 3	特別調剤基本料 (本届出不要)
特例除外	調剤基本料 1 (特例除外)	調剤基本料 4 (特例除外)

## 【記載上の注意】

- 「1」については、新規指定 (選及指定が認められる場合を除く。) の場合は、指定日の属する月の翌月から3か月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意すること。
- 「1」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載すること。
- 「1」については、平成28年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成28年度改定に伴う届出」の旨を記載すること。
- 「2」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方せん受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③/②の値 (小数点以下は四捨五入) を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載すること。
- 「3」については、特掲診療科施設基準通知の別添1第88の1(7)により判断する。
- 「4」については、処方せんの受付回数は次の処方せんを除いた受付回数を記載すること。  
ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方せん  
イ 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又は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せん  
ウ 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基となる調剤に係る処方せん
- 「5」については、前年10月に地方厚生(支)局に報告した妥結率を記載すること。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載すること。
- 「6」については、特例除外の施設基準に係る届出を行った場合は「あり」に「レ」を記入する。また、別紙様式84の2を添付すること。
- 「(参考)」については、調剤基本料の注3の規定に該当する薬局の場合は「あり」に「レ」を記入する。なお、平成29年2月末までは本欄への記載は要しない。

# 調剤基本料(特例除外施設基準)

## 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

### 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) 勤務している保険薬剤師の人員の計算は次のとおりとする。

ア 「薬局等の許可等に関する疑義について」(平成11年2月16日医薬企第17号)で規定されている換算方法により算出された員数を勤務している保険薬剤師の人員とする。

イ 届出前3月の勤務状況を基に基準に該当するか判定する。

ウ 「勤務している保険薬剤師の5割」の取扱いについては、アで算出された人員の5割で計算した値の小数点以下を四捨五入した値とする。

(2) かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の算定についての相当の実績としては、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合計算定回数が(1)で算出された保険薬剤師1人当たり月100回以上とする(ただし、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く。)

#### 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84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。

#### 様式84の2 [記載上の注意]

2「1」の、「常勤薬剤師数」は「薬局等の許可等に関する疑義について」(平成11年2月16日医薬企第17号)の「1 薬剤師員数の解釈について」に基づき以下のとおり計算する。

・常勤は、保険薬局が定めた1週間の勤務時間(原則として、薬局で定めた就業規則に基づく薬剤師の勤務時間)のすべてを勤務する者(32時間未満の場合は32時間以上)の数である。また、非常勤の場合には次の式により計算される値の小数点を切り捨てた数とする。

$$\frac{\text{非常勤薬剤師の勤務時間の合計}}{\text{保険薬局で定めた1週間の常勤の勤務時間(32時間未満の場合は32時間)}}$$

①勤務している保険薬剤師の人員  
(小数点切り捨て)

②勤務している薬剤師の5割

3「1」の、②の計算については、小数点以下は四捨五入とする。ただし、①が1の場合には1とする。

様式 84 の 2

## 調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険薬局の常勤薬剤師数並びに当該保険薬局の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（以下「当該施設基準」という。）に適合している薬剤師数及びその割合			
勤務している保険薬剤師の数（①）			人
当該施設基準に適合していることが必要な保険薬剤師数（①×0.5）（②）			人
2 当該施設基準に適合している保険薬剤師数及び保険薬剤師の氏名等			
当該施設基準の届出年月	年 月	当該施設基準に適合している保険薬剤師数（②以上いること）	人
保険薬剤師の氏名	算定回数	保険薬剤師の氏名	算定回数
	回		回
	回		回
	回		回
	回		回
3 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算定回数（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く）			
期間： 年 月 ～ 年 月			
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合計算定回数（③）			回
1月の常勤薬剤師一人あたりの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算定回数 $[(③) / (① \times 3)]$ (100回以上であること)			回

## 【記載上の注意】

- 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の様態（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。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。
- 「1」の、「常勤薬剤師数」は「薬局等の許可等に関する疑義について」（平成11年2月16日医業企第17号）の「1薬剤師員数の解釈について」に基づき以下のとおり計算する。
  - 常勤は、保険薬局が定めた1週間の勤務時間（原則として、薬局で定めた就業規則に基づく薬剤師の勤務時間）のすべてを勤務する者（32時間未満の場合は32時間以上）の数である。また、非常勤の場合には次の式により計算される値の小数点を切り捨てた数とする。
 
$$\frac{\text{保険薬局で定めた1週間の常勤の勤務時間（32時間未満の場合は32時間）}}{\text{非常勤薬剤師の勤務時間の合計}}$$
- 「1」の、②の計算については、小数点以下は四捨五入とする。ただし、①が1の場合には1とする。
- 「2」の、保険薬剤師の氏名の記載欄が不足する場合は別添として報告すること。
- 「2」の、算定回数欄には当該保険薬剤師が「3」の期間に算定した、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合計（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く。）を記載すること。
- 「3」については、届出前3月間の実績を記載すること。
- 届出に当たっては、様式84を併せて届け出ること。



## 調剤基本料(50/100減算施設基準)

施設基準通知  
新規記載分(緑字)抜粋

## 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

## 第90 かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局

1 「かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務」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。

2 「かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務」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1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。

なお、前年3月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局は、翌々年3月31日まで「かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局」とはみなさない。

3 本規定の取扱いは、経過措置期間を1年間としており、平成29年4月1日より、平成28年3月1日から平成29年2月末日までの算定回数に基づき判定する。なお、平成28年3月1日から3月末日までにおいては、改定前の区分番号に相当する内容の算定回数で計算する。

4 かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、2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、1に掲げる業務を10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月よりかかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

50%減算の対象となっても年10回以上の算定をクリアした翌月から減算が解除される

減算解除に届出が必要かは資料作成時点では不明

## 調剤基本料

	調剤基本料	特例除外 (適用された場合)	50/100減算 (適用された場合)	基準調剤加算	薬剤服用歴管理 指導料
通常	調剤基本料 1 41点	—	21点	算定可能 (32点) ※	50点/38点※
特例	調剤基本料 2 25点 (従来の特例)	基本料 1 となる	13点	×	50点のみ
	調剤基本料 3 20点 (いわゆる大型駅前薬局の特例)	基本料 1 となる	10点	×	50点のみ
	調剤基本料 4 31点 (基本料 1 の未妥結減算)	—	16点	×	50点/38点※
	調剤基本料 5 19点 (基本料 2 の未妥結減算)	基本料 4 となる	10点	×	50点のみ
	特別調剤基本料 15点 (基本料 3 の未妥結減算)	基本料 4 となる	8点	×	50点のみ

※100分の50減算が適用された保険薬局は、基準調剤加算は算定できず、薬剤服用歴管理指導料は50点のみとなる。

(参考) 保険薬局で算定する調剤基本料の点数については、施設基準の内容に含め、地方厚生(支)局へ届け出る。  
調剤基本料 1～5 に該当する場合に届出。届出をしない保険薬局は特別調剤基本料となる。

⇒【重要】平成28年度は4月14日までに届出が必要

厚労省保険局医療課説明資料(2016年3月4日)から

Copyright©2016 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

## 調剤基本料（分割調剤）

継続的な服薬管理の評価

長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。また、分割調剤を行った薬局は、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。

改定前	改定後
<p><b>【調剤基本料】</b> 注4～5（長期保存が困難、後発医薬品を初めて使用する等の理由により分割調剤を行う場合） <u>（新設）</u></p>	<p><b>【調剤基本料】</b> 注6～7（長期保存が困難、後発医薬品を初めて使用する等の理由により分割調剤を行う場合） 注8 医師の分割指示に係る処方せんを受け付けた場合（注6及び注7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、処方せんを交付した保険医（以下、「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、分割回数が2回の場合は、それぞれの所定点数の2分の1に相当する点数を、分割回数が3回以上の場合は、それぞれの所定点数の3分の1に相当する点数を1分割調剤につき算定する。</p>

注1～注3 調剤基本料（前述）

注4 基準調剤加算（後述）

注5 後発医薬品調剤体制加算（後述）

## 調剤基本料（基準調剤加算 1/2）

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

改定前	改定後
<p><b>【基準調剤加算】調剤基本料</b></p> <p>注2 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（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。なお、注1の□に該当する場合にあっては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局においてのみ加算できる。</p> <p>イ 基準調剤加算1 12点            □ 基準調剤加算2 36点</p> <p>〔施設基準〕            通則            イ～□ 略            ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること。</p> <p><u>（新設）</u>            ニ 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。</p>	<p><b>【基準調剤加算】調剤基本料</b></p> <p>注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、<u>基準調剤加算として所定点数に32点を加算する。なお、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1を算定している保険薬局においてのみ加算できる。</u></p> <p><u>（削除）</u>  <u>（削除）</u></p> <p>〔施設基準〕  <u>（削除）</u>            イ～□ 略            ハ <u>一定時間以上開局していること。</u></p> <p><u>ニ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</u>            ホ <u>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。</u></p>

## 調剤基本料（基準調剤加算 2/2）

改定前	改定後
<p>木 略 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>△ 略</p> <p><u>ト 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含んだ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。</u></p> <p><u>チ 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。</u></p> <p><u>リ 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。</u></p> <p><u>ヌ 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。</u></p> <p><u>ル 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の届出を行っていること。</u></p> <p><u>ヲ 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が<b>9割</b>を超える場合であって、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薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<b>3割</b>以上であること。</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p>
<p>基準調剤加算 1 イ～ハ 略</p> <p>基準調剤加算 2 イ～ハ 略</p>	<p>（削除）</p> <p>（削除）</p>

特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える場合であって、後発医薬品の調剤割合が30%未満の保険薬局については、基準調剤加算を算定できない

# 基準調剤加算（施設基準 1/3）

施設基準通知  
新規記載分（緑字）抜粋

## 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

### 第91 基準調剤加算

#### 1 基準調剤加算士の施設基準

- (1) 保険調剤に係る医薬品として1200700品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 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。）が速やかに実施提供できる体制を整備していることをいうものである。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、連携体制を構築する複数の保険薬局の数は、当該保険薬局を含めて最大で3つまで10未満とする。
- (3) 連絡先の交付（略）
- (4) 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下であること。
- (5) 上記(4)に該当するか否かの取扱いについては、調剤報酬点数表の区分番号0-0に掲げる調剤基本料における処方せんの受付回数が1月に4,000回を超えるか否かの取扱い及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるか否かの取扱いに準じて行う。
- (4) 麻薬小売業者免許（略）
- (5) 薬剤服用歴の作成（略）
- (6) 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。地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものでないこと。
- (7) 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。

# 基準調剤加算（施設基準 2/3）

施設基準通知  
新規記載分（緑字）抜粋

(8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出（略）

(9) 研修の実施（略）

(10~~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、よるなど、インターネットを通じて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。

(11~~12~~) 次に掲げる情報（当該保険薬局において調剤処方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～エ（略）

オ 医薬品緊急安全性情報、安全性速報

カ、キ（略）

(12~~13~~) 「薬局の求められる機能とあるべき姿」の公表について(平成26年1月21日薬食総発012-1第1号)の別添に掲げる機能について整備するよう努めること。特に次に掲げる機能について可能な限り整備するよう努めること。

イ 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ーション等で区切られた独立したカウンターを有することなど、患者のプライバシーに配慮していること。

(13)イ 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。

(14)ウ 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み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。

(15) 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。

(16) 医療材料及び衛生材料の供給体制（略）

(17) 在宅業務実施体制の周知（略）

(18) 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年間にこの在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は及び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。実施回数（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を算定したもの並びに各算定要件を満たしているが、算定はしていない場合を含む。）が、合算して計10回以上であること。

(16)～(18)は改定前基準調剤加算2の施設基準

## 基準調剤加算（施設基準 3/3）

(19) 在宅療養の支援診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携（略）

(20) 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携聴性担当者との連携（略）

(21) 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。

(22) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える場合にあっては、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月の実績として30%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せんによる調剤の割合が90%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。

## 2 届出に関する事項

(1) 基準調剤加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式8684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。

(19)、(20)は改定前基準  
調剤加算2の施設基準

施設基準通知  
新規記載分（緑字）抜粋

様式 86

## 基準調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況	
2 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況	
3 開局時間	
4 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	
5 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
6 備蓄品目数	品目
7 処方せん等の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月	
・受付回数 (①)	回
・主たる医療機関の処方せん受付回数 (②)	回
・集中度 (②/①) (%)	%
8 後発医薬品の調剤割合	%
9 管理薬剤師	
・氏名	
・薬局勤務経験年数	年
・週あたりの勤務時間	時間
・在籍年数	年
10 麻薬小売業者免許証の番号	
11 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局	
	①
	②
・名称	
・所在地	
12 当該薬局における24時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。)	
(1) 担当者が固定している場合	
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合 (主な担当者を記載することで差し支えない。)	
・担当薬剤師名：	
・連絡先：	
13 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況	

14 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 (届出時の直近一年間) 期間： 年 月 ～ 年 月
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数： 回
在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険) 算定回数： 回
居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (介護保険) 算定回数： 回
15 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法

## 【記載上の注意】

- 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) 及び勤務時間について、別紙2の様式4を添付すること。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。
- 「1」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 「2」については、医薬品医療機器情報配信サービス (PMDA メディナビ) に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 「3」については、自局の開局時間を記載すること。
- 「4」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 「7」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 「8」については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 「9」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 「13」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 「14」については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算した算定回数を記載すること。
- 「15」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 様式84の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写し及び様式90の「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書添付書類」の写しを添付すること。
- 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

## 基準調剤加算

	改定前		改定後
	基準調剤加算 1 (12点)	基準調剤加算 2 (36点)	基準調剤加算 (32点)
開局時間	○地域の保険医療機関や患者の需要に対応した開局時間		○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
備蓄品目	○700品目以上	○1,000品目以上	○1,200品目以上
24時間体制	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携（連携する薬局数は10未満）	○当該薬局のみで対応	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携（連携する薬局数は3以下）
在宅業務	-	○在宅業務の体制整備※ ○在宅の業務実績（10回/年以上）	○在宅業務の体制整備 ○在宅の業務実績（1回/年以上）
処方せん 受付回数/ 集中率	○調剤基本料の特例対象薬局（大型駅前薬局）ではないこと	○調剤基本料の特例対象薬局（大型駅前薬局）ではないこと ○処方せん600回/月を超える薬局は集中率が70%以下	○調剤基本料の特例対象薬局（大型駅前薬局等）ではないこと
その他	○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知		○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○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）登録義務） ○プライバシーに配慮した構造 ○健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示 ○かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出 ○管理薬剤師の実務経験（薬局勤務経験5年以上、同一の保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍） ○処方せん集中率が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上

実施回数

算定回数

※在宅の体制整備として必要な事項

地方公共団体や関係機関等へ在宅業務実施体制の周知、医療材料及び衛生材料供給体制、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、ケアマネージャーとの連携体制

## 調剤基本料（後発医薬品調剤体制加算）

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**65%以上及び75%**以上の2段階の評価に改めることとする。

改定前	改定後
<p><b>【後発医薬品調剤体制加算】</b>（処方せんの受付1回につき）  注3 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、当該基準にかかる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 18点  ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点</p> <p><b>【施設基準】</b>  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に占める後発医薬品の規格単位数の割合がそれぞれ、以下のとおりであること。</p> <p>後発医薬品調剤体制加算1 55%以上  後発医薬品調剤体制加算2 65%以上</p>	<p><b>【後発医薬品調剤体制加算】</b>（処方せんの受付1回につき）  注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、当該基準にかかる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 18点  ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点</p> <p><b>【施設基準】</b>  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に占める後発医薬品の規格単位数の割合がそれぞれ、以下のとおりであること。</p> <p>後発医薬品調剤体制加算1 <b>65%以上</b>  後発医薬品調剤体制加算2 <b>75%以上</b></p>

特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える場合であって、後発医薬品の調剤割合が30%未満の保険薬局については、基準調剤加算を算定できない

## 調剤料

対人業務に関する業務の評価を充実するため、調剤料（内服薬の調剤料及び一包化加算）を見直す。

改定前	改定後
<p><b>調剤料</b>  <b>【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</b>            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            □ 15日分以上 21日分以下の場合 71点            ハ 22日分以上 30日分以下の場合 81点            ニ 31日分以上の場合 89点</p> <p>注1～2（略）            注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 56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 32点を加算して得た点数            □ 57日分以上の場合 290点</p>	<p><b>調剤料</b>  <b>【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</b>            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            □ 15日分以上 21日分以下の場合 <b>70点</b>            ハ 22日分以上 30日分以下の場合 <b>80点</b>            ニ 31日分以上の場合 <b>87点</b></p> <p style="text-align: right;">一包化加算</p> <p>注1～2（略）            注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 <b>42日分以下の場合</b> 投与日数が7又はその端数を増すごとに<b>32点</b>を加算して得た点数            □ 43日分以上の場合 <b>220点</b></p>

# 調剤料

## 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

### 区分01 調剤料

(1) 内服薬

ア (略)

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)～(ニ) (略)

(ホ) 同一有効成分であっ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～ケ (略)

(2)～(6) (略)

(7) 外用薬

ア～ウ (略)

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。

(8)、(9) (略)

(10) 調剤技術料の時間外加算等

ア、イ (略)

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。

留意事項 (通知)  
新規記載分 (青字) 抜粋

# 薬剤服用歴管理指導料 1/2

初回来局時の点数より、2回目以降の来局時の点数を低くする。ただし、手帳を持参していない患者又は調剤基本料の特例の対象となる保険薬局に処方せんを持参した患者については、来局回数にかかわらず、初回来局時の点数と同一の点数を算定することとする。特別養護老人ホームに入所している患者に対して、施設での適切な服薬管理等を支援するために、薬剤服用歴管理指導料に当該施設を訪問し、入所者に対して薬学的管理を行った場合の評価を新設する。

改定前	改定後
<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b> (処方せんの受付1回につき) 41点</p> <p style="text-align: center;"><b>在宅薬剤管理業務の推進</b></p> <p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。ただし、次に掲げる八を除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。</p> <p>イ・ロ 略 ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。 ニ・ホ 略</p>	<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b></p> <p>1 原則過去6月内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 <b>38点</b></p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 <b>50点</b></p> <p>3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合（処方せんの受付1回につき） <b>38点</b></p> <p>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せん受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1又は区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せんを持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、<b>50点を算定する。</b></p> <p>イ・ロ 略 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・ホ 略</p>

※イの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毎回患者に交付する必要性はないことを通知において明確にする。

※ハの手帳については、必要性を確認した上で、手帳を提供しなかった場合又は複数の手帳を1冊にまとめなかった場合には、その理由を薬剤服用歴に記載することを通知において明確にする。

## 薬剤服用歴管理指導料 2/2

改定前	改定後
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (追加)</p> <p>(追加)</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>注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、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>注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。</p>

注3 現行の麻薬管理指導加算（変更なしのため略）

注4 重複投薬・相互作用等防止加算（後述）

注5 特定薬剤管理指導加算（後述）

注6 乳幼児指導管理加算（後述）

注7 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定患者について（変更なしのため略）

# 薬剤服用歴管理指導料

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

## 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

### 区分10 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、手帳に記載しない場合は、保険薬剤師が、患者に対して、次に掲げる指導等のうちウを除くすべてを行った場合は、34点を算定するものとする。~~  
持参していない患者又は「区分番号00」の調剤基本料1若しくは調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せんを持参した患者に対して次に掲げる指導等の全てを行った場合は、「注1」のただし書の点数を算定する。

ア（略）

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（略）

改定前(5)と統合し、「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、」が追加

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、また、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。

(2)（略）

(3) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録には、次の事項等を記載する。し、最終記入日から起算して3年間保存する。

ア～ク（略）

ケ併用薬等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報

コ～チ（略）

改定前(19)と統合

(4) (3)のイからセまでの事項については、処方せんの受付後、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。

# 薬剤服用歴管理指導料

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

(5) (1) 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)～(9) (略)

(10) 「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

改定前(12)と(13)を統合

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。

(11) 手帳については、患者に対して、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、患者の意向等を確認した上で手帳を用いないこととした場合にあつては、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。なお、手帳を保有しているが、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。

患者の意向で手帳を用いない場合は、理由を薬剤服用歴に記載

(12) (略)

(13) 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、できるだけ同一の手帳で管理できるよう、保険薬局は1冊にまとめるなどに努める。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。

(14) 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で、既に患者が保有している手帳が有効に活用されるよう努めるとともに、当該患者が次回以降に手帳を持参した場合は、当該文書が貼付されていることを確認する。

# 薬剤服用歴管理指導料

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

(15) 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。

(16) 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。

(17) 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活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。

(18)～(19)（略）

(20) 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使用されるよう、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懇切丁寧に説明した上でをした場合であって、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。

(21) 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。

(22) 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（18）までを満たすこと。ただし、（4）の業務については、必要に応じて実施すること。

(23) 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。

(24) 「区分番号00」の調剤基本料の「注8」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。

(25)、(26)（略）

# 電子版お薬手帳

電子版の手帳（電子版お薬手帳）についても、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体の手帳と同様の取扱いとするが、電子版の手帳については、以下の要件を満たすこと。

## 改定後

### 【要件】

- (1) 電子版の手帳は、提供した保険薬局以外の保険薬局や保険医療機関及び患者等が容易に手帳の内容を閲覧し、手帳へ記入し、その内容を紙媒体へ出力（以下、「閲覧等」という。）できること。
- (2) 電子版の手帳は、医療従事者が患者の保有する機器（スマートフォン等）を直接受け取ることなく手帳情報の閲覧等ができる仕組みを有していること。なお、当該仕組みを利用できない保険医療機関等においては、診察等の場合に、患者の保有するスマートフォン等の機器により手帳の内容を閲覧することも想定されるため、電子版の手帳を提供する保険薬局は、保有する手帳の内容が記録された機器を直接当該医師等に見せることが必要な場合があることについて患者に対して事前に説明し、同意を得ておくこと。
- (3) 複数の運営事業者等が提供している電子版の手帳を一元的に情報閲覧等ができること。
- (4) 算定する施設は、セキュリティに関して、「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）、「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1127第4号）の「第三運営事業者等が留意すべき事項」の「6 個人情報保護」に掲げる事項等、各種関係法令等を遵守すること。
- (5) 過去の服薬情報などを適切に把握するため、電子版の手帳は、少なくとも過去1年分の服薬情報等を一覽的に閲覧できること。
- (6) 電子版の手帳を利用している患者が、運営事業者が別の電子版の手帳を利用することを希望した場合に、データ移行が円滑にできるよう、電子版の手帳には関連情報の出力機能等を有していること。

※患者が用いる手帳の媒体（紙媒体又は電子媒体）は患者が選択するものであり、手帳の提供にあたっては、患者に対して個人情報の取扱等の必要事項を説明した上で患者の意向を踏まえて媒体を判断することを通知において明確にする。

※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ことになった場合は、電子版の手帳にこれまでの紙媒体の情報を入力するなど、紙媒体と電子媒体の情報が一元的に管理されるよう取り組むことを通知において明確にする。

## 特定薬剤管理指導加算・乳幼児服薬指導加算

対人業務に関する業務の評価を充実するため、特定薬剤管理指導加算及び乳幼児指導管理加算の評価を見直す。

改定前	改定後
<p><b>薬剤服用歴管理指導料</b>  <b>【特定薬剤管理指導加算】</b>            注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、<u>4点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><b>【乳幼児服薬指導加算】</b>            注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に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、<u>5点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p><b>薬剤服用歴管理指導料</b>  <b>【特定薬剤管理指導加算】</b>            注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、<u>10点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><b>【乳幼児服薬指導加算】</b>            注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に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、<u>10点</u>を所定点数に加算する。</p>

# 薬剤服用歴管理指導料(特定薬剤管理指導加算)

留意事項(通知)  
新規記載分(青字)抜粋

## (28) 特定薬剤管理指導加算

### ア(略)

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(ワルファリン、カリウム、チクロピジン塩酸塩、クロピドグレル硫酸塩及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。)、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。

資料作成時点では未確認。  
今後掲載予定か。

### ウ(略)

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行い、その内容を薬剤服用歴の記録に記載すること。

## (29) 乳幼児服薬指導加算(略)

## 重複投薬・相互作用等防止加算

薬剤服用歴に基づき過去の副作用歴やアレルギー歴を有することから処方医に対して疑義照会を実施して処方変更となった場合等についても当該加算を算定可能とする。

改定前	改定後
<p><b>薬剤服用歴管理指導料</b>  <b>【重複投薬・相互作用防止加算】</b>            注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。</p> <p>イ 処方に変更が行われた場合 20点            ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点</p>	<p><b>薬剤服用歴管理指導料</b>  <b>【重複投薬・相互作用等防止加算】</b>            注4 薬剤服用歴に基づき、<u>重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(削除)</p> <p>処方変更になった場合のみ算定可能</p>

※現在は算定できない同一保険医療機関の同一診療科からの処方せんによる場合も算定できる旨を通知において明確にする。

# 薬剤服用歴管理指導料(重複投薬・相互作用等防止加算)

留意事項 (通知)  
新規記載分 (青字) 抜粋

## (27) 重複投薬・相互作用等防止加算

ア 重複投薬・相互作用等防止加算 (「注4」に規定する加算をいう。以下同じ。) 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。薬剤服用歴の記録に基づき、併用薬との重複投薬(薬理作用が類似する場合を含む。)及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するために、処方医に対して連絡・確認を行った場合に算定する。処方医の同意を得て、処方の変更が行われた場合に「注3」のイを算定し、処方に変更が行われなかった場合は「注3」の日を算定する。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) 併用薬との重複投薬(薬理作用が類似する場合を含む。)

(ロ) 併用薬、飲食物等との相互作用

(ハ) 残薬

(二) そのほか薬学的観点から必要と認める事項

イ 薬剤の追加、投与期間の延長が行われた場合は、「注3」のイは算定できない。

ウイ 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。

エ 複数の保険医療機関又は複数の診療科で処方せんを交付された患者について、処方せんの受付時点が異なる場合であっても所定の要件を満たした場合は重複投薬・相互作用防止加算を算定できる。

オウ 同時に複数の保険医療機関又は複数の診療科の処方せんを受け付け、複数の処方せんについて薬剤を変更した場合であっても、1回に限り「注3」のイを算定する。

カ 院内投薬と院外処方せんによる投薬に係る処方変更についても、重複投薬・相互作用防止加算は算定できる。

キ 残薬の確認の結果、処方の変更が行われた場合についても、「注3」のイを算定できる。

# 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

在宅療養を行う患者への処方に対して、処方医に疑義照会することにより、重複投薬・相互作用の防止、残薬に伴う処方日数の調整、減薬などの薬物療法の適正化が実施された場合を評価するため、薬学管理料に在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を新設する。

在宅薬剤管理業務の推進

改定後

## (新)在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 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、薬剤服用歴等に基づき、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、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

処方変更になった場合のみ算定可能

注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。

留意事項（通知）

新規記載分（青字）抜粋

## 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

### 区分15の6

(1) 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。

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

ウ残薬

エそのほか薬学的観点から必要と認める事項

(2) 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。

(3) 同時に複数の処方せんを受け付け、複数の処方せん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。

## 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を薬学管理料として評価する。

### 改定後

#### (新)かかりつけ薬剤師指導料 **70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、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

注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。

注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、30点を所定点数に加算する。

注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、10点を所定点数に加算する。

注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に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。

注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。

# かかりつけ薬剤師指導料

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

## 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

### 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が患者に対してかかりつけ薬剤師の業務内容、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等について、かかりつけ薬剤師指導料の費用も含めて説明した上で、患者の同意を得ることとし、患者の同意を得た後の次回の処方せん受付時以降に算定できる。
- (3) 患者の同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、当該患者の薬剤服用歴の記録にその旨を記載する。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。

# かかりつけ薬剤師指導料

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

（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必要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。

（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）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。

# かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料

施設基準通知  
新規記載分（緑字）抜粋

## 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

### 第95 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6月以上在籍している。

(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画していること。

### 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。なお、1の(2)については、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。

(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。

# 届出様式

## (かかりつけ薬剤師指導料)

## (かかりつけ薬剤師包括管理料)

様式 90

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書添付書類

薬剤師の氏名等（口には、「レ」を記入し、必要な書類を添付すること。）

	業務を実施する薬剤師の氏名	薬局勤務 経験年数	週あたりの 勤務時間	在籍期間	研修	地域 活動
1		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 【記載上の注意】

- 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）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。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。
- 「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。
- 「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間を記載すること。
- 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 「研修」については、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を確認できる文書を添付すること。ただし、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとして取扱う。
- 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。

## かかりつけ薬剤師包括管理料

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

### 改定後

#### (新)かかりつけ薬剤師包括管理料 **270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、診療報酬点数表の区分番号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、処方せん受付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。

注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を算定している患者については、算定しない。

# かかりつけ薬剤師包括管理料

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

## 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

### 区分13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料

- (1) かかりつけ薬剤師包括管理料は、(2) に該当する患者のかかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定できる。
- (2) かかりつけ薬剤師包括管理料の対象患者は、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)までを満たすこと。
- (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。

# 外来服薬支援料

継続的な服薬管理の評価

患者が保険薬局に服用薬等を持参し、保険薬剤師が服薬管理等を行った場合の取組も算定可能とする。また、患者の来局時のほか、保険薬剤師が患家を訪問して服用薬の整理等を行った場合でも算定可能とする。

改定前	改定後
<p><b>【外来服薬支援料】 185点</b>            注1 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。</p>	<p><b>【外来服薬支援料】 185点</b>            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<u>保険医療機関の求めに応じ</u>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<b>月1回に限り</b>算定する。            注2 <u>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</u>て、<u>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</u>についても、所定点数を算定できる。            注3 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。</p>

※注2の業務は、当該保険薬局で調剤された薬剤以外の薬剤や、服用中の要指導医薬品等なども含め服薬管理を行うものであり、あらかじめ保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けために薬剤等を入れる袋（いわゆるブラウンバッグ）を配布し、その取組を患者等に対して周知しておくことも通知上明確にする。

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

# 外来服薬支援料

「注1」服薬管理が困難な患者に対する服薬管理支援  
「注2」薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理

## 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

### 区分14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又は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、当該薬剤の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、服薬支援1回につき「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っては、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)、(5)（略）

(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)（略）

## (長期投薬情報提供料) 統合1/2

かかりつけ薬剤師の業務としては、これらの点数に係る業務を行うことが前提となっていることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定要件に当該業務の実施を規定し、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は算定できないこととする。

改定前	改定後
<p><b>【長期投薬情報提供料】</b></p> <p>1 長期投薬情報提供料 1 (情報提供 1 回につき) 18点</p> <p>2 長期投薬情報提供料 2 (服薬指導 1 回につき) 28点</p> <p>注 1 長期投薬情報提供料 1 は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次回の処方せんの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に算定する。</p> <p>注 2 長期投薬情報提供料 2 は、患者又はその家族等の求めに応じ、注 1 に規定する服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であって、当該患者の次回の処方せん（当初に受け付けた処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>注 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。</p>	<p>(削除)</p> <div data-bbox="1156 582 1997 691" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>服薬情報等提供料と長期投薬情報提供料は、調剤後の薬学的管理として統合</p> </div>

## (服薬情報等提供料) 統合2/2

かかりつけ薬剤師の業務としては、これらの点数に係る業務を行うことが前提となっていることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定要件に当該業務の実施を規定し、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は算定できないこととする。

改定前	改定後
<p><b>【服薬情報等提供料】 15点</b></p> <p>注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、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。</p> <p>注2 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。</p>	<p><b>【服薬情報等提供料】 20点</b></p> <p>注1 <u>患者若しくはその家族等若しくは保険医療機関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において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴の記録に記載すること。</u></p> <p>注2 <u>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。</u></p>

服薬情報等提供料と長期投薬情報提供料は、調剤後の薬学的管理として統合

# 服薬情報等提供料

## 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

### 区分15の5 服薬情報等料

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

(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) 服薬情報等提供料は、以下の場合に算定できる。

ア 処方せん発行保険医療機関から次の(イ)若しくは(ロ)イに掲げる情報提供の求めがあった場合、又は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次のイ(イ)、イ(ロ)若しくはウ(ハ)、イ若しくはウ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。）により提供したときに算定できる。

イ(イ) 当該患者の服用薬及び服薬状況

イ(ロ) 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等

ウ(ハ) 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

イ 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せん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に算定できる。

(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、処方せん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

(3) (略)

(4) (2)のアについては、以下の場合も含まれる。

ア 保険薬局において患者の服用薬の残薬を確認し、処方せん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

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注8」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

(5) (2)のアの(ハ)ウについては、処方せんの記入上の疑義照会等では算定できない。

残薬確認後の情報  
提供でも算定可

医師の指示による分割調剤の2回目以降  
の調剤時における情報提供でも算定可

# 服薬情報等提供料

留意事項（通知）  
新規記載分（青字）抜粋

(6) (略)

(7) 保険医療機関への情報提供に当たっては、別紙様式 1-2 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。

(8) (2) のイについて、患者の服薬期間中に新たに情報提供した事項、服薬期間中及び処方せん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。

(9) 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」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。

(10) 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：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。

# 在宅患者訪問薬剤管理指導料（調剤 & 医科）

薬剤師1人が行う算定制限と、同一世帯に居住している複数の患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合の評価を見直す。（調剤点数表）

在宅薬剤管理業務の推進

改定前	改定後
<p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】（調剤点数表）</b>            1 同一建物居住者以外の場合 650点            2 同一建物居住者の場合 300点            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、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）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指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。            注2～3略</p>	<p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】（調剤点数表）</b>            1 同一建物居住者以外の場合 650点            2 同一建物居住者の場合 300点            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、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）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指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき<u>週40回</u>に限り算定できる。            注2～3略</p>

※なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

# 在宅患者訪問薬剤管理指導料

## 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

### 区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(1)～(6) (略)

(7) 同居する同一世帯の複数の患者に在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する場合など、同一の患家において2人以上の患者を指導した場合には、(2)の規定にかかわらず、1人目は「1 同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降は「2 同一建物居住者の場合」を算定する。

(8)～(15) (略)

(16) 保険薬剤師1人につき「1」と「2」を合わせて1日につき5週40回に限り算定できる。

(17) (略)

(18) 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せんによって調剤を行った場合を除いて算定できない。←)、「区分番号13」の長期投薬情報提供料、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。

(19) 麻薬管理指導加算 (略)

(20)、(21) (略)

留意事項 (通知)

新規記載分 (青字) 抜粋

## 処方せん

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

…次ページ（処方せん様式案）

## 改定後

- 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、当該記載欄に基づいて、
  - i) 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
  - ii) 保険医療機関へ情報提供
 のいずれかの対応を行う。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととされており、長期の投薬に当たっては、以下のような取扱いとする。

- ① 30日を超える投薬を行う際には、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認する。病状が変化した際の対応方法等を患者に周知する。
- ② ①の要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対応を行うこととする。
  - ・30日以内に再診する
  - ・200床以上の保険医療機関にあっては、200床未満の保険医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う
  - ・患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する

処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。

具体的な記載方法は現時点で不明（MPI）

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

医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず1処方につき70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで超過分の薬剤料等を算定可能とする

# 処方せん様式の変更

改定前 ← → 改定後

処方せん (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号			保険者番号			公費負担医療の受給者番号			被保険者証、被保険者手帳の記号・番号		
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称			電話番号		保険医氏名 <span style="float: right;">印</span>			
	生年月日	男・女									
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの使用期間		平成 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
処方	変更不可 <span style="font-size: small;">個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</span>										
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
備考	保険医署名 (変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)										
	調剤済年月日    平成 年 月 日    公費負担者番号										
保険薬局の所在地及び名称			印			公費負担医療の受給者番号					

十三条関係

せん (このせんは、どの保険薬局でも有効です。)											
の受給者番号			保険者番号			被保険者証、被保険者手帳の記号・番号			被保険者証、被保険者手帳の記号・番号		
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称			電話番号		保険医氏名 <span style="float: right;">印</span>			
	生年月日	男・女									
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの使用期間		平成 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
処方	変更不可 <span style="font-size: small;">個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</span>										
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
備考	保険医署名 (変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)										
	調剤済年月日    平成 年 月 日    公費負担者番号										
保険薬局の所在地及び名称			印			公費負担医療の受給者番号					

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
   
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤       保険医療機関へ情報提供

疑義照会してから薬局対応

情報提供のみ

残薬対応指示欄

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
   
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤       保険医療機関へ情報提供

備考1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは、「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

備考1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは、「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

# 調剤報酬点数一覧表の掲示

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、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、利点等を含め、患者に対する丁寧な情報提供を推進する。

## 改定後

調剤報酬点数表の一覧等については、現在、薬局内の見やすい場所に掲示することとされているが、薬剤交付窓口等、指導等の際に患者にわかりやすい場所に掲示することを通知において規定する。

## 通則

### 別添3「調剤診療報酬点数表に関する事項」

#### <通則>

1～4（略）

5 保険薬局は、薬局内の見やすい場所に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。

6 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。

留意事項（通知）

新規記載分（青字）抜粋

## 明細書無料発行の推進

現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、対象外となっている。

(※)400床未満の病院・診療所は経過措置あり（400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化）

### 改定後

1. 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、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正し、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。
2. ただし、自己負担がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、2年間（診療所については、当面の間）の猶予措置を設ける。

## 療養担当（薬担）規則

療担（医科）では既に規定あり

### 改定後

薬剤師による服薬管理を推進する観点から、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。

2016年1月27日中医協総会資料より抜粋、**1月29日中医協総会にて了承**

敷地内薬局の規制緩和

## 1. 課題

- 現在、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則において、医薬分業の下、保険医療機関と保険薬局は、「一体的な経営」だけでなく「一体的な構造」も禁止されており、公道等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態であってはならないとされている。
- これについては、車いすを利用する患者や高齢者等に過度な不便を強いているのではないかとの指摘があり、「規制改革実施計画」において、「医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。」とされた。（平成27年度検討・結論、平成28年度措置）

## 2. 対応の方向性

- 保険薬局の独立性と患者の利便性の向上の両立を図る観点から、現在の「一体的な構造」の解釈を改め、公道等を介することを一律に求める運用を改めることとしてはどうか。
- ただし、その場合であっても、保険薬局の独立性の確保のため、保険医療機関の建物内に保険薬局がある形態や、両者が専用通路等で接続されている形態については、引き続き、認めないこととしてはどうか。
- また、公道等を介さずに行き来する形態であっても、
  - ・保険薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの
  - ・保険医療機関の休診日に、公道等から保険薬局に行き来できなくなるもの
  - ・実際には、当該医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの
 等は認めないこととしてはどうか。  
 ※現地の実態を踏まえ、地方社会保険医療協議会において検討し、地方厚生局で判断。
- 保険薬局の経営上の独立性を確保するため、保険薬局の指定の更新時に、不動産の賃貸借関連書類や経営に関する書類など、「一体的な経営」に当たらないことを証明する書類の提出を求めることとしてはどうか。
- なお、これらの見直しについては、円滑な施行のため、一定の周知期間を設けることとしてはどうか。

フェンス規制の撤廃  
門内(院内)薬局は引き続き禁止

# 届出について

## 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

### 第2 届出に関する手続き

8 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成28年4月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

改定直後の4月のみの特例措置（5月以降の届出については各地方厚生局により異なる）

## 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

### 第4 経過措置等

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの（調剤関連のみ抜粋）

調剤基本料 1、2、3、4 又は 5

調剤基本料（注1 ただし書に規定する届出）

届出前の3か月間の実績が必要となるため、7月以降に届け出が可能となる

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

表2 施設基準の改正により、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの（調剤関連のみ抜粋）

基準調剤加算

後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2

現在加算を算定している薬局が4月以降も継続して加算を算定するためには改めて届出が必要

参考：医科

## 一般名処方加算

後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合の評価を新設する。

改定前	改定後
<p><b>【処方せん料】</b> 注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</p> <p>(新設) 一般名処方加算 2点 [算定要件] (新設)</p> <p>交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p>	<p><b>【処方せん料】</b> 注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、<u>当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。</u></p> <p>一般名処方加算 1 <b>3点</b> (新) 一般名処方加算 2 2点 [算定要件] 一般名処方加算 1 <u>交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定できる。</u> 一般名処方加算 2 交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p> <div data-bbox="1591 551 1976 696" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>全ての処方薬を一般名にした場合を追加（2品目以上の場合）</p> </div>

参考：医科

## 医薬品の適正給付（湿布薬）

(F200注8)

一度に多量に処方される湿布薬が一定程度あり、その状況が地域によって様々であることを踏まえ、残薬削減等の保険給付適正化の観点から見直しを行う。

改定前	改定後
<p><b>【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】</b> (追加)</p> <p><b>【投薬 薬剤料】</b> (新設)</p> <p>銘柄、剤形、成分等は合算して70枚</p> <p>1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、超過分の薬剤料を算定しない。ただしやむを得ない場合はその理由を記載する</p>	<p><b>【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】</b> 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき<b>70枚</b>を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず<b>70枚</b>を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p> <p><b>【投薬 薬剤料】 F200注8</b> 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき<b>70枚</b>を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料は算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず<b>70枚</b>を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>

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

投薬全量、一日分の用量（何日分相当）を記載する

参考：医科 院

## 薬剤総合評価調整加算

多剤投薬患者の減薬推進

入院時において6種類以上の内服薬（頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた入院患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、退院時に2種類以上減少した場合の評価を新設する。

外来・在宅は「B008-2薬剤総合評価調整管理料」

入院前に6種類以上の内服薬を処方されていた患者の薬剤を、退院時に2種類以上減少した場合に評価する

改定後

(新)薬剤総合評価調整加算 250点（退院時に1回）

注 入院中の患者について、以下のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

## [算定要件]

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

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

参考：医科

## 薬剤総合評価調整管理料

多剤投薬患者の減薬推進

外来受診時又は在宅医療受診時において6種類以上の内服薬（頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた外来患者又は在宅患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、受診時に2種類以上減少した場合の評価を新設する。

入院は「A250薬剤総合評価調整管理加算」

改定後

外来や在宅で6種類以上の内服薬を処方されていた患者の薬剤を、2種類以上減少した場合に評価する

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

別の保険医療機関又は保険薬局との連携を評価

注1 入院中の患者以外の患者であって、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、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が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。

注2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

## [算定要件]

## (1) 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、**6種類**以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して**4週間**以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。

## (2) 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料（I）は算定できない。