

日医工MPS行政情報シリーズ

http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html

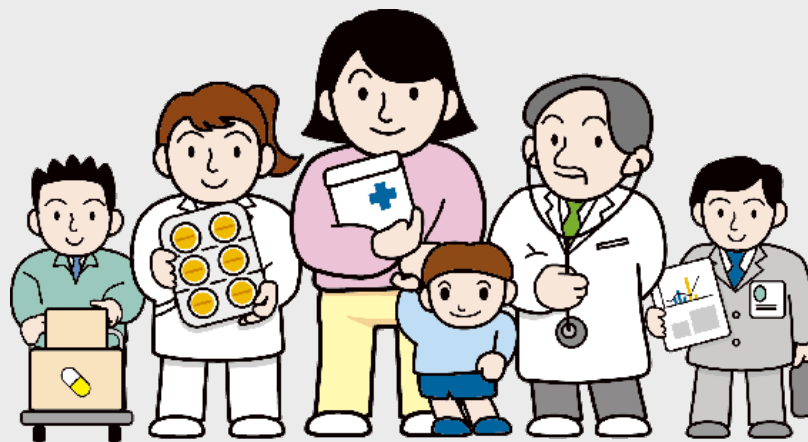
調剤報酬
(告示情報)

「2008年（平成20年）度診療報酬改定」 —調剤報酬—

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム

(認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第5153 長岡俊広)

(認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4217 菊地祐男)



本資料は、3月5日の官報告示及び厚労省HPに掲示された「通知」の情報を加えて作成しました。

また転載誤記等の恐れもありますので、公的資料にでも確認してください。

今後の追加通知(Q&Aなど)によりさらに詳細な算定方法等が明らかになる予定です。

資料No.200213-95-53

作成：2008.3.21



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

＜調剤報酬＞調剤技術料「夜間・休日等加算」

地域の救急医療体制や診療所の夜間開業等に対応する薬局において、夜間・休日等加算を算定できることとする（常態として夜間、休日等を開局し調剤を行なっている薬局）

夜間・休日等加算	現行	改正後
		新 40点（処方せん受付1回につき）
（新設） 夜間・休日等加算	標榜する時間に調剤を行った場合は夜間・休日等加算は算定できない	平日：0:00～8:00、19:00～24:00 土曜日：0:00～8:00、13:00～24:00 及び休日 薬局が表示する開局時間内に調剤を行った場合に算定

〔算定要件〕

開局時間を分かりやすい場所に掲示していること

掲示については、後発医薬品体制加算でも求められているが、「調剤報酬点数表留意事項の通則の改正」で、調剤報酬点数表の一覧表についても掲示が義務化された

参考：診療所が開業時間内に加算（50点）できる時間帯

- ① 平日：18:00～22:00、6:00～8:00
- ② 土曜日：12:00～22:00、6:00～8:00
- ③ 日曜日・祝日：6:00～22:00

医療機関と保険薬局で1時間のタイムラグがあるのは、時間外加算時間帯直前に受診した患者が、保険薬局へ行く時間を考慮したものと考えられる

病院勤務医の負担軽減等のため、診療所における夜間、早朝等における時間外の評価が見直されることに伴い、保険薬局もほぼ同様の評価が導入される。今までの時間外加算は標榜時間内では算定できなかったが、今回は標榜している時間における加算になる。

急に時間外加算対象となり、支払が増える患者もいるため、“表示”が重要になる。

図解で見る
調剤報酬

新設 調剤技術料「夜間・休日等加算」

土曜日の現行規程の「加算なし」の期間に誤りがあり修正しました。

夜間・休日 等加算		0 時	1 時	2 時	3 時	4 時	5 時	6 時	7 時	8 時	9 時	10 時	11 時	12 時	13 時	14 時	15 時	16 時	17 時	18 時	19 時	20 時	21 時	22 時	23 時		
平日	現行規程	深夜加算						時間外		加算なし									時間外加算			深夜					
	追加規定	開局時間内の加算																		開局時間内の加算							
	例	開局時間外								開局時間										開局時間外							
	現行	深夜加算						時間外		加算 なし	加算なし									時間 外		深夜					
	改定後	深夜加算						時間外		加算 なし	加算なし									時間 内		時間 外	深夜				
土 曜 日	現行規程	深夜加算						時間外		加算なし									時間外加算			深夜					
	追加規定	開局時間内の加算													開局時間内の加算												
休 日	現行規程	深夜加算						休日加算																		深夜	
	追加規定	開局時間内の加算																									

(例) 平日の例では、現行の19時～21時は開局時間内なので加算なしとなるが、新点数では19時～21時の開局時間内において加算点数が算定できる。



開局時間を分かりやすい場所に掲示することは、算定要件でもあり、また患者さんへの対策としても重要！

3月5日
通知

＜調剤料＞夜間・休日等加算

(11) 調剤料の夜間・休日等加算

- ア 夜間・休日等加算は、午後7時(土曜日にあつては午後1時)から午前8時までの間(休日加算の対象となる休日を除く。)又は休日加算の対象となる休日であつて、保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合に、処方せんの受付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わ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わ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、処方せんの受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録に記載する。

＜調剤報酬＞調剤技術料「一包化薬」

一包化薬は、「1剤（服用時点が全て同一）」しか処方されなかった場合は算定できなかったが、処方された内服薬が3種類以上の場合には、1剤であっても、「一包化薬」を算定できることにするが、点数は引き下げる

一包化薬	現行	改正後
	97点	89点（▲8点）

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薬として調剤した場合は、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。

赤字は、削除・変更
青字は、追加・新基準等

「1剤」とは、薬剤の種類数にかかわらず、服用時点が同一の内服薬をいい、今までは服用時点の間違い防止などで一包化が実施されてきたが、たとえ1剤であっても多くの種類の薬剤が処方されている場合は、一包化することが特に高齢者の服薬支援として必要とされ、今回から算定出来るようになった。

＜調剤報酬＞調剤技術料「自家製剤加算」

錠剤の半割に係る評価を考慮し投与日数に応じた評価とする

自家製剤加算	現行	改正後	
錠剤、丸剤、カプセル剤 散剤、顆粒剤、エキス剤	90点	内服薬	20点（見直し）
		屯服薬	90点（±0）
液剤	45点	45点（±0）	
内服薬については、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			

1調剤につき

自家製剤加算は、投薬量や投与日数等にかかわらず1調剤当たりの評価とされているが、投与日数が増えるほど手間のかかる錠剤半割（内服薬）については、投与日数が考慮された。

30日分の錠剤半割（15錠）を実施した場合、現行では90点、改正後は100点となる。

（30日÷7日＝4.28→5 20点×5＝100点）

60日なら180点、90日なら260点

3月5日
通知

<調剤料>自家製剤加算（抜粋）

(12) 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（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）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。

注6：内服薬・屯服薬

イ(1)：内服薬（20点算定の場合）

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、薬事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。

[以下略]

＜調剤報酬＞薬学管理料「長期投薬情報提供料1」

服用期間中に重要な情報を薬局が入手した場合に、当該患者に連絡することにつき、あらかじめ患者の同意を得た上で、実際に情報提供した場合のみ算定できることとする

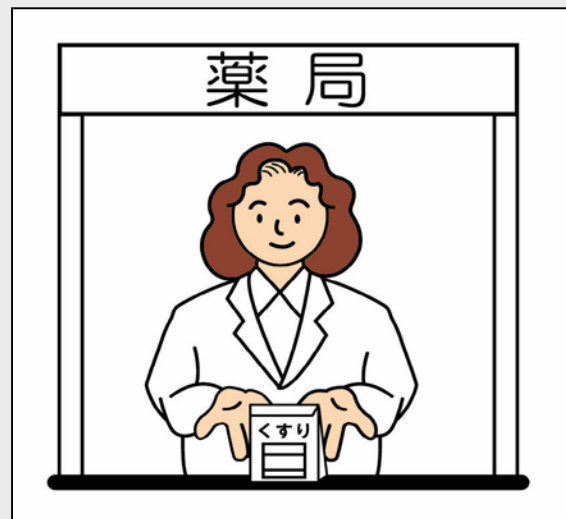
長期投薬情報提供料	現行	改正後
長期投薬情報提供料1	18点 処方せんの受付1回につき、服薬期間が14日又はその端数を増すごとに算定する	18点（±0） <u>情報提供1回につき算定する</u>

患者又はその家族の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、処方せん受付時に、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。

長期投薬情報提供料1は、患者の服薬期間中に薬局が重要な情報を知った場合に情報提供することを、患者が同意した場合に算定できたが、実際には情報提供が行われることが少なかった。今回の改定では、実際に情報提供した場合のみ算定できることになり、算定件数が減ると予想される。

図解で見る
調剤報酬

長期投薬情報提供料1の見直し

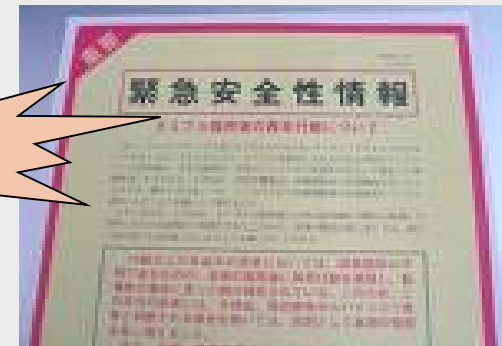


今までは連絡を約束
したら所定点数を算定

重要な情報

連絡

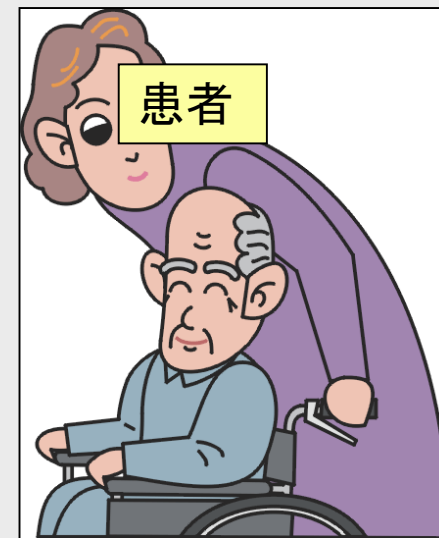
実際に連絡したケースは
算定している1割以下



厚生労働省



製薬会社等



患者

これからは実際に連絡
したら所定点数を算定

3月5日
通知

＜薬学管理料＞長期投薬情報提供料1

(1) 長期投薬情報提供料1

ア 長期投薬情報提供料1は、次に掲げる事項をすべて満たした場合に算定する。

(イ) 長期投薬に係る処方せんの受付時に、当該処方せん受付薬局が、当該処方せんに係る薬剤の服薬期間中にその使用に係る新たな重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対して当該情報を提供することにつき、あらかじめ患者又はその家族等の同意を得ること。

(ロ) (イ)の情報を入手後、速やかに患者又はその家族等に対して実際に当該情報を提供し、注意を促すこと。

(ハ) 当該患者の次回の処方せんの受付時に、当該保険薬局の保険薬剤師が、提供した情報に関連した副作用の発現状況、注意事項の遵守状況等を確認し、必要な指導を行うこと。

イ アの(イ)の同意を得た場合には、その旨を当該患者の薬剤服用歴の記録に記載すること。

ウ 「重要な情報」とは、処方せん受付時に提供した薬剤情報以外の情報で新たに知り得た情報であって、当該患者の薬剤服用歴に基づき、服薬中の患者に重大な影響を与えると思われる事項のことであり、例えば、以下のような情報が挙げられる。

(イ) 医薬品緊急安全性情報

(ロ) 医薬品・医療機器等安全性情報

「重要な情報」の定義が緩和されるのではとの予想もあったが、左のように限定された。

エ 情報提供に当たって、特に配慮が必要と考えられる薬剤については、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。

オ 患者の服薬期間中に新たに情報提供した事項については、薬剤服用歴等の記録に記載する。

カ 長期投薬情報提供料1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。

＜調剤報酬＞薬学管理料「薬剤服用歴管理指導料」

服薬指導の充実。「服薬指導加算」は廃止し簡素化する
(服薬指導加算の情報の分析・検討の要件はなくす)

後期高齢者は「後期高齢者薬剤服用歴管理指導料」となり、薬剤情報提供料も包括される(後に記載)

薬剤服用歴管理指導料(後期高齢者を除く)	現行	改正後
薬剤服用歴管理料	22点	薬剤服用歴管理指導料 30点(見直し)
服薬指導加算	22点	(実質▲14点)

・次の全てを行った場合に算定する

- ①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等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定を行うこと
- ②処方された薬剤について、直接患者又はその家族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必要な指導を行った場合に算定を行うこと

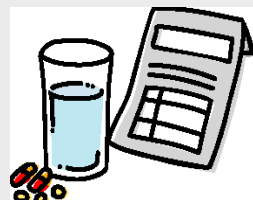
現在の算定率(薬歴管理料98%、服薬指導加算31%) [社会医療診療行為別調査]

機部管理官:「薬剤服用歴管理料の22点しか算定しなかったところが実質的に8点アップになる改定だ」(日刊薬業20080222)

服薬指導加算の条件である「情報の分析・検討」が削除され要件が緩和された。薬剤服用歴管理料22点算定者の全てで30点を算定することは難しいが、少し頑張れば30点が算定出来るようになったので、積極的に算定を目指すべきと考える。44点(22+22)を多く算定していた薬局はマイナスで厳しい改定となった。

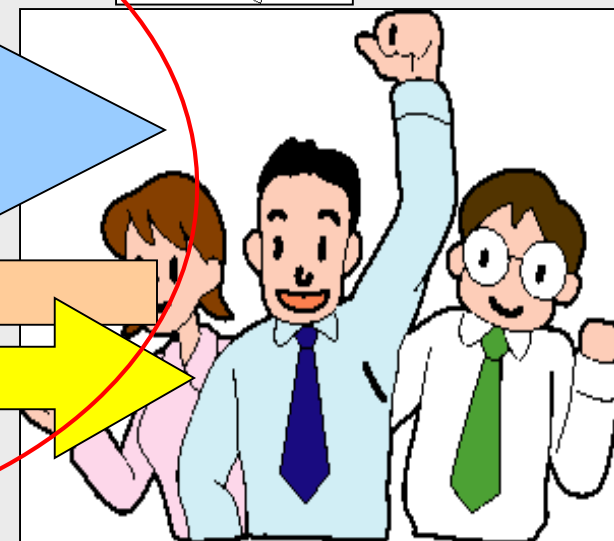
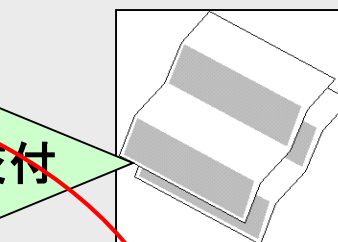
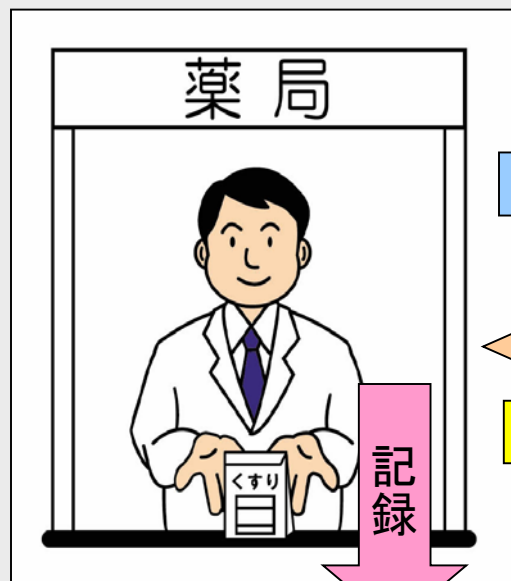
図解で見る
調剤報酬

「薬剤服用歴管理指導料」



薬局薬剤師

患者



薬剤名、用法用量、**文書交付**
効能効果、
副作用・相互作用

薬剤に関する基本的説明

情報(服薬状況)

指導(薬剤の服薬に関する内容)

記録

薬剤服用歴

30点

3月5日
通知

＜薬学管理料＞薬剤服用歴管理指導料①

(1) 薬剤服用歴管理指導料は、保険薬剤師が、患者（後期高齢者を除く。以下この区分において同じ。）について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

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せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、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

(二) 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。

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

(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、次の事項等を記載する。

ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録

イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録

ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録

エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録

＜薬学管理料＞薬剤服用歴管理指導料②

- オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点
- カ 服薬状況
- キ 患者の服薬中の体調の変化
- ク 併用薬等(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
- ケ 合併症の情報
- コ 他科受診の有無
- サ 副作用が疑われる症状の有無
- シ 飲食物(現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。)の摂取状況等
- ス 服薬指導の要点
- セ 指導した保険薬剤師の氏名

[中略]

(9) 服薬指導は、処方せんの受付の都度、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、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。

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こと。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)等を参考とすること。

[以下略]

服薬指導加算からの削除

~~服薬指導は、処方変更の内容のほか、新たに収集した患者の情報をもとに薬学的知識に基き分析・検討を行い指導するものであり、薬剤服用歴の記録には、その分析・検討の結果及び指導の要点を記録するとともに、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて指導内容を見直す~~

＜調剤報酬＞「麻薬管理指導加算」

がん患者及びその家族が、できる限り質の高い療養生活をおくることができるようにするため、薬剤師の取り組みを進める

薬剤服用歴管理指導料の加算	現行	改正後
麻薬管理指導加算	8点	22点(+14点)

麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等の確認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

医療機関勤務薬剤師が算定する「在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算」については医科点数表に規程されている

通知

(12) 麻薬管理指導加算

ア 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こと。

後期高齢者

<調剤報酬>お薬手帳の活用

後期高齢者は、複数の診療科を受診し、服用する薬剤の種類数も多くなることから、相互作用や重複投薬の防止のため、保険医は、診察に当たって、やむを得ない場合を除き、服薬状況や薬剤服用歴を確認することとする。また、保険薬剤師は、調剤に当たって、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認することとする。併せて、後期高齢者が服用する薬剤に関する情報の管理と共有のため、いわゆる「お薬手帳」を医療機関等が活用する方を推進する。

保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定するとともに、患者の服薬状況等の確認に当たっては、問診等による確認に加えて、患者が、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳（いわゆる「お薬手帳」）を持参しているか否かを確認し、持参している場合には、それを活用することとする。

①『**保険医は**、診察を行う場合は、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。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。』

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。』

保険医については、2/13の答申時点では「確認する」となっていたが、最終的に保険薬剤師と同じ表現になった。

お薬手帳の利用が療養担当規則にも明記されたことで、患者情報の伝達ツールとして重要になるものと考えられる。また薬剤師にはお薬手帳の確認について、強い義務が求められることになった。

＜薬学管理料＞薬剤情報提供料「手帳について」

(4)「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。~~ただし、健康手帳（老人保健法第13条に規程する健康手帳をいう。）に次のアからウに掲げる事項が記録される場合は、当該健康手帳を用いることもできる。~~

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病に関する記録

(5)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。

(6)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っ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せん発行医に確認する等慎重に対応すること。

(7)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こと。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、所有している場合には、次回の来局時にそれらを持参してもらうこととし、当該保険医療機関等で交付された薬剤の分も含め、当該患者の薬剤服用歴が同一の手帳で管理できるように、保険薬局において1冊にまとめること。

(8)手帳を所有しているが処方せんの受付時に持参しなかった患者については、新たに手帳を交付して薬剤情報提供料を算定するのではなく、所有している手帳に貼付できるよう、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付するとともに、次回、当該シール等が貼付されていることを確認するよう努めること。なお、手帳を持参しなかった患者にシール等を交付した場合は、薬剤情報提供料は算定できない。

(9)薬剤情報提供料を算定する場合は、その旨を薬剤服用歴等に記録する。

(10)「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。

おくすり手帳の運用

(参考：東京都薬剤師会資料)

＜後期高齢者＞

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料(35点に包括)

- ①医師、歯科医師に手帳を提示するよう指導
- ②複数の手帳を所有していないか確認
- ③手帳を一冊で管理するようにまとめる
- ④手帳を持参しなかった場合でも算定可
 - ・臨時の手帳などは、発行しないこと(一冊にまとめる)
 - ・簡潔な文書(シール等)を交付
 - ・次回、当該文書が貼付されているか確認

＜若年(一般)者＞

薬剤情報提供料(15点)

- ④手帳を持参しなかった場合には
算定できない

おくすり手帳は、後期高齢者のみ義務化され、手帳の持参がなくても算定可となる。

また若年者にも持参するように指導することになるが義務化ではないので、手帳を忘れた場合は所定点数を算定できない。

④以外は後期高齢者の場合と同じ扱いとなる

<調剤報酬>薬学管理料「後期高齢者薬剤服用歴管理指導料」

後期高齢者については、調剤報酬点数表における薬剤服用歴管理料の加算ある服薬指導加算と薬剤情報提供料を廃止するとともに、薬剤服用歴管理料の算定要件に、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導すること及び「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することを新たに追加する

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	現行	改正後
薬剤服用歴管理料	22点	後期高齢者薬剤服用歴管理指導料 35点（見直し） （実質▲24点）
服薬指導加算	22点	
薬剤情報提供料	15点	

・後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定

- ①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等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定を行うこと
- ②処方された薬剤について、直接患者又はその家族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必要な指導を行った場合に算定を行うこと
- ③調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、~~月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）~~に限り算定を患者の手帳に記載すること

後期高齢者以外の「薬剤服用歴管理指導料」には、「薬剤情報提供料（お薬手帳）」は要件に入っていない。後期高齢者については手帳の利用を徹底することになった。

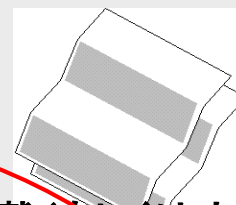
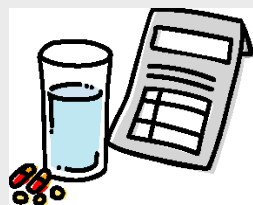
手帳を忘れた時は
シールで算定可
（後期高齢者のみ）

図解で見る
調剤報酬

「後期高齢者薬剤服用歴管理指導料」

薬局薬剤師

患者・家族



薬剤名、用法用量、
効能効果、
副作用・相互作用

記載(もしくは文書交付)

説明

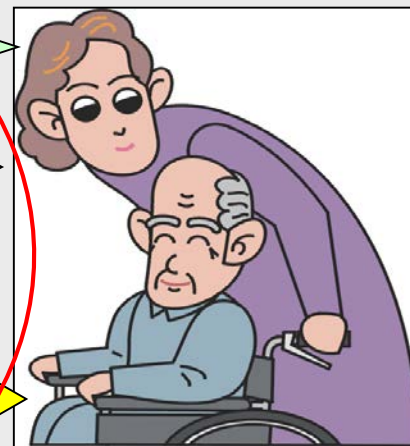
情報(服薬状況)

指導(薬剤の服薬に関する内容)

お薬手帳に記載(薬剤の服薬に関する内容)

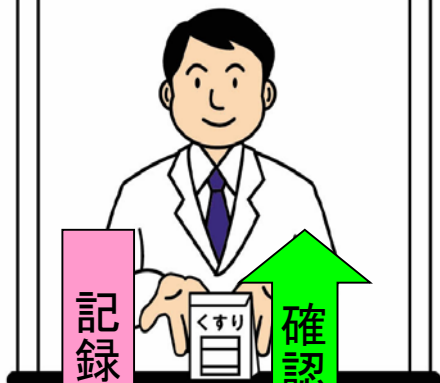
調剤日、薬剤の名称、
用法、用量、相
互作用など。

35点



手帳を忘れた時はシールで
算定可(後期高齢者のみ)

薬局



記録

確認

薬剤服用歴



＜薬学管理料＞後期高齢者薬剤服用歴管理指導料①

(1) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料は、保険薬剤師が、後期高齢者である患者について、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳(「区分番号11」の(4)に掲げる手帳をいう。以下同じ。)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すべてを行った場合に算定する。

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せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、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。

ウ 1回の処方せん受付において調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者等に対して、調剤日、当該薬剤の名称(一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称)、用法、用量及び相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に経時的に記載すること。

(2) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方せん受付時から算定できる。

＜薬学管理料＞後期高齢者薬剤服用歴管理指導料②

(3) 後期高齢者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、次の事項等を記載する。

ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録

イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録

ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録

エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録

オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点

カ 服薬状況

キ 患者の服薬中の体調の変化

ク 併用薬等(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

ケ 合併症の情報

コ 他科受診の有無

サ 副作用が疑われる症状の有無

シ 飲食物(現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。)の摂取状況等

ス **服薬指導の要点**

セ 指導した保険薬剤師の氏名

(4) 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。

(5) (1)のアの薬剤に関する情報提供は、文書又はこれに準ずるものにより行うこととし、当該文書は、調剤を行ったすべ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。

(6) 「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、カセットテープ又はボイスレコーダーへの録音その他のものをいう。

＜薬学管理料＞後期高齢者薬剤服用歴管理指導料③

- (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っ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せん発行医に確認する等慎重に対応すること。
- (9) 服薬指導は、処方せんの受付の都度、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、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。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こと。なお、副作用に係る自覚症状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)等を参考とすること。
- (10) (1)のウの手帳への記載による情報提供は、調剤を行ったすべ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。)等をいい、投薬された薬剤や病態に応じて、服用患者ごとに異なるものである。
- (11) 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こと。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、所有している場合には、次の来局時にそれらを持参してもらうこととし、当該保険医療機関等で交付された薬剤の分も含め、当該患者の薬剤服用歴が同一の手帳で管理できるように、保険薬局において1冊にまとめること。
- (12) 手帳を所有しているが処方せんの受付時に持参しなかった患者については、所有している手帳に貼付できるよう、必要な情報が記載された簡潔な文書(シール等)を交付した場合でも算定できる。したがって、やむを得ない場合を除き、新たに手帳を交付して算定することのないようにすること。なお、シール等を交付した場合は、次回、当該シール等が貼付されていることを確認すること。

〔以下略〕

ジェネリック促進

後発医薬品の使用促進等

処方せん様式の変更

処方せんの様式を変更し、処方医が後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、その意思表示として、所定のチェック欄に署名又は記名・押印することとする

2006年度に実施された“変更可処方せん”では、後発品処方伸びなかったこともあり、今回は“変更不可処方せん”に再変更される。医師のサイン等をしないものが原則“変更可処方せん”となり、医科点数の処方せん料加算(2点)は廃止される。

療養担当規則等の改正

後発医薬品の使用を促進するため、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則、保険医療機関及び保険医療担当規則等を改正する

即座に配達してくれる卸業者との連携でよい

保険薬局:『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。』

保険薬剤師:『保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が(薬価収載)されている場合であって、当該処方せん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。』

保険医:『保険医は、投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。』

ルールとして明文化されたことで、後発品使用促進の“根拠”が明確になった。

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										
	生年月日	明大 平	年	月	日	男・女	電 話 番 号								
	区 分	被保険者	被扶養者		保険医氏名										
交付年月日		平成		年		月		日		処方せんの使用期間	平成	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日をきめて4日以内に保険薬局に提出すること。
処 方	いままでの「後発医薬品への変更可」から『後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印』に変更														
	後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印 保険医署名														
備 考	調剤済年月日		平成		年		月		日		公費負担者番号				
	保険薬局の所在地及び名称										公費負担医療の受給者番号				

様式第二号(第二十三条関係)

注1) 処方医が、先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名又は記名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載する。

注2) 「後発医薬品への変更不可」欄に署名等がない処方せんの場合には、受け付けた薬局の薬剤師が、当該処方せんに記載された後発医薬品を別銘柄の後発医薬品に変更して調剤できることとする。

この場合において、処方医が、後発医薬品の一部について他の銘柄の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該後発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載する。

注3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供する。

[備考の追加]

…。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。

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。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。
 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、老人医療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。

処方医が、処方せんに記載した一部の医薬品について、
後発医薬品等への変更に差し支えがあると判断した場合の記載例
[2008年2月13日中医協答申資料より]

処 方	A錠（先発医薬品） 1日2回朝夕食後	2錠 14日分	
	B錠（先発医薬品） 1日1回朝食後	1錠 14日分	変更不可
	C錠（後発医薬品） 1日2回朝夕食後	2錠 14日分	
	D錠（後発医薬品） 1日1回朝食後	1錠 14日分	変更不可

処方せんに記載した一部の医薬品について
後発医薬品への変更に不可とする場合は、
この欄に署名等を行わない

個別品目毎に「変更不可」とする場合
に独自の記号を用いる場合は、「注」
を明記する
（「＊」（アスタリスク）等の使用）

後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が
全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印
保険医署名

注1) A錠（先発医薬品）については、患者の選択に基づき、薬局において後発医薬品に変更可能。

他方、B錠（先発医薬品）については、薬局において後発医薬品に変更することはできない。

注2) C錠（後発医薬品）については、薬局の薬剤師が銘柄の選択理由について適切に説明を行い、患者が同意した場合には、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更可能。

他方、D錠（後発医薬品）については、薬局において別銘柄の後発医薬品に変更することはできない。

注3) 薬局において変更調剤を行った場合には、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供する。

Q: 旧様式の処方せんはどうなるか？

A: 未だに古いB5版が使われていることもあると聞くので、今回も急に使用不可にはならないと思われる。となると現場での混乱は避けられず、何からの対策が示される可能性もある。（日医工MPS見解）

早急に切り替えるように要望（新様式と判るように取り繕う）[日本医師会Q&A]

ジェネリック促進

＜調剤報酬＞後発医薬品使用促進

後発医薬品の薬局での銘柄変更調剤

保険薬局での後発医薬品の備蓄を考慮し、銘柄指定の後発品処方でも処方せんが変更可の場合は、疑義照会なしに変更できるようにする

後発医薬品の銘柄を指定した処方が多いことによる薬局の負担軽減を図るため、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品（処方医が変更不可とした後発医薬品を除く）については、それを受け付けた薬局の薬剤師が、患者に対して説明し、その同意を得ることを前提に、処方医に改めて確認することなく、別銘柄の後発医薬品を調剤できることとする。

品質情報の開示や、後発品間の価格差など、どう勘案して銘柄を変えたのかを、患者に説明

情報のフィードバック

薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品への変更調剤及び後発医薬品の銘柄変更調剤を行った場合には、後発医薬品調剤加算を算定するに当たって、原則として調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。

情報のフィードバックは、今までは「後発医薬品情報提供料」算定時に実施されることになっているが、今回から「後発医薬品調剤加算」算定時となる。これは後発医薬品の銘柄変更調剤が実施されるため実際に処方した薬剤の情報を伝える必要性が高いためと考えられる。しかし情報提供については件数増などの混乱が予想されるが、“原則として”を利用する対応が増えると思われる

“原則として”とは、
「情報提供の要否、方法、頻度等に関し合意がある場合は、その方法でよい」

3月5日
通知

＜調剤料＞後発医薬品調剤加算 ー情報のフィードバックー

ウ 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合で、処方せんに記載された先発医薬品を後発医薬品に変更して調剤した場合又は処方せんに記載された後発医薬品と別銘柄の後発医薬品を調剤した場合であって、後発医薬品調剤加算を算定する場合には、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ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り情報提供を行うことで差し支えない。

＜調剤報酬＞調剤技術料「調剤基本料」

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、後発医薬品の調剤コストも考慮し、薬局の調剤基本料を引き下げ、後発医薬品の調剤率が30%以上の場合の加算を創設する

調剤基本料	現行	改正後
調剤基本料	42点	40点(▲2点)
処方せん受付回数 4000回／月超 処方せん集中率 70%超	19点	18点(▲1点)
(新設)後発医薬品調剤体制加算		新 4点

全国の約5割
の薬局で算定
できそう

[施設基準](後発医薬品調剤体制加算)

- ①直近3か月間の当該保険薬局における処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること
- ②後発医薬品調剤に適切に対応している旨を、分かりやすい場所に掲示していること

後発医薬品調剤体制加算は施設基準を満たし届出れば、全ての処方せん受付に対して算定できる点数である。調剤基本料の分類は、44点、40点、22点、18点の4種類になる。

後発医薬品調剤体制加算を算定するには「直近3か月間」の実績と都道府県社会保険事務局への届出が必要になる。1～3月の調剤率が加重平均で30%を達成し、4月14日までに届出れば、5月10日まで提出の4月分のレセプト審査に間に合うとされた。患者さんへの請求も4月1日から可能となる。

後発医薬品の調剤を促すためであれば“備蓄率”を評価する方法もあったが、今回は調剤率となった。この場合、1品しか後発医薬品を用意していなくても可能である。よって、まずは後発医薬品調剤率ゼロをなくすことを目指し、次策(次回診療報酬改定等)にて備蓄率などが導入されるものと予測する。

後発医薬品調剤体制加算「届出方法」

(参考：東京都薬剤師会資料)

平成20年4月の対応

1月1日～3月31日までの後発品調剤率を、4月1日～4月14日までに届け出る[届出は郵送でも可能(東京都)]。後発医薬品調剤率が30%を超えている場合は、4月1日から加算を算定することができる。

平成20年5月(4月14日届出)以降の対応

毎月1日(月の開庁初日)に届け出る場合

直近3ヶ月間の後発品調剤率を調査で30%を超えており、届出が受理された場合に届け出の当月から加算を算定することができる。

毎月1日(月の開庁初日)以降に届け出る場合

直近3ヶ月間の後発品調剤率を調査で30%を超えており、届出が受理された場合に届け出の翌月から加算を算定することができる。

変更の手続き

直近3ヶ月の後発品調剤率が、加算条件(30%超or未滿)に変更があったときのみ再申請するが、加算条件(30%超or未滿)に変更がない場合は毎月の申請、報告は必要ない。

この届出方法は、東京都薬剤師会の見解です。各地域の方法と同じとは限らないのであくまでも参考としてください。

- ①2、3、4月の後発品調剤率が30%以上 → 5月も継続して算定
- ②3、4、5月の後発品調剤率が30%未滿 → 6月に条件変更のため申請を行う
 - ・6月開庁初日の6月2日(月曜)に届出 → 6月2日から算定不可
 - ・6月3日以降に届出 → 6月中は算定可、7月1日から算定不可

特掲診療料の施設基準に係る届出書

別添2 特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

連絡先

担当者氏名：

電話番号：

(届出事項)

[] の施設基準に係る届出

- ☐ 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- ☐ 当該届出を行う前6か月間において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指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- ☐ 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- ☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □には、適合する場合「√」を記入すること。

3 届出書は、正副2通提出のこと。

届出先は都道府県社会保険事務局

様式85 後発医薬品調剤体制加算の
施設基準に係る届出書添付書類

全処方せんの受付回数並びに後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数及びその割合

期 間 (届出時の直近3か月間：1か月 ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 (直近3か月間の 合計)
全処方せんの受付回数①				
後発医薬品を調剤した処方せんの 受付回数②				
割合 (②/①)				

＜保医発第0305003号＞後発医薬品調剤体制加算

1 後発医薬品調剤体制加算の施設基準

- (1) 当該保険薬局における直近3か月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること。
- (2) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）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 届出に関する事項

- (1) 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85を用いること。

調剤技術料「基準調剤加算」の算定留意事項の見直し

＜下記要件を満たさないと基準調剤加算は算定できなくなる＞

- 地域の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること。また、その近隣の保険薬局の所在地等を記載した文書を患者に渡すこと。

4/1から患者に文書を渡せるように近隣薬局と調整することが重要

- 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できるよう、保険薬剤師に必要な研修を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式を備えるなど実施できる体制を整備すること。

日本薬剤師会「在宅服薬支援マニュアル」を参考にする(HPに掲載)

- 薬局の従事者に対する研修実施計画を作成し、定期的に外部の研修を受けさせていること。

薬剤師会等の研修を利用する

- 薬局内にコンピューターを設置し、インターネットを通じて定期的に医薬品・医療機器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。

インターネットへの接続が義務化される(NTT等に相談)

- 日本薬剤師研修センター等の研修認定薬剤師の認定取得、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。

「望ましい」とされているが、積極的な取り組みが求められる

＜調剤報酬＞調剤技術料「後発医薬品分割調剤」

後発医薬品に対する患者の不安を和らげるため、変更可処方せんに基づき初めて先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する際に、患者の同意を得て、短期間、後発医薬品を試せるように調剤期間を分割して調剤する場合を評価する

（新設）後発医薬品分割調剤

新

5点

- ・後発医薬品分割調剤を行った場合には、薬局から処方元の保険医療機関に、その旨を連絡するものとする。
- ・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、後発医薬品の調剤又は変更前の先発医薬品の調剤を行う。当該調剤においては、薬学管理料（薬剤服用歴管理指導料、薬剤情報提供料及び後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を除く）を算定しない。

当該処方せん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等の理由により、分割調剤を行った場合、2回目の調剤に限り5点を算定する。3回目以降は算定不可

参考：（従来の）分割調剤
1分割調剤につき5点
（14日超の長期処方の場合）

後発医薬品分割調剤はジェネリック利用促進のためとも考えられるが、処方全量をジェネリックに切り替えた後日、患者の申し出により先発医薬品に戻した場合の薬剤料等は患者の負担になる。よって患者の状態、服薬履歴、疾患、処方薬剤、処方日数などを勘案し、再調剤の可能性が少しでも予想される場合は、薬剤師より分割調剤を提案されることで、薬剤ロス等を防げる点数であるとも考えることもできる。

新設

後発医薬品分割調剤

図解で見る
調剤報酬

処方医



〇〇さんの薬、
後発品を分割
して調剤しました

連絡

後発医薬品分割調剤
の患者負担分を請求

5点

1回目

2回目

薬局

薬局

ジェネリックは服
用したことないか
ら不安だわあ・・・

試しに短期間だけ後
発品に切り替えてみ
ましょうか？

体調等に変った様
子はありませんか？

問題ないみたいだわ

では継続して
出しておきます
ね

やっぱり先発品がいいわ

後発医薬品分割調剤の2回目では継続か戻すかの判断を行う

では先発品に戻しますね

患者

1回目



2回目

<通則> 保険薬局の分割調剤について（抜粋）

2 保険薬剤師は、投与日数が長期間にわたる処方せん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）への変更が全て不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せん（以下「後発医薬品への変更が可能な処方せん」という。）を提出した患者の同意に基づき、処方せん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、当然処方せん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、処方せん交付の日を含めて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日分の処方せんで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、処方せんに薬剤師法第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、処方せんを患者に返却すること。

3月5日
通知

＜調剤基本料＞分割調剤関連①

調剤基本料(受付回数)

- (1) 調剤基本料は、患者等が提出する処方せんの枚数に関係なく処方せんの受付1回につき算定する。
なお、同一保険薬局において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4」又は「注5」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。
- (2) 同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方せん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せん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、歯科の処方せんについては歯科以外の処方せんと歯科の処方せん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せん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。

注4: 今までの分割調剤
注5: 後発医薬品分割調剤

調剤基本料(分割調剤)

- (7) 「注4」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。)に係る処方せん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り、分割調剤を行った場合で、1処方せんの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4」に係る分割調剤を行う場合は、処方せんの受付時に、当該処方せん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。

3月5日
通知

＜調剤基本料＞分割調剤②

- (9)「注5」については、後発医薬品への変更が可能な処方せんを提出した患者の同意に基づき、処方せんに記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により分割調剤を行った場合で、同一の保険薬局において1処方せんの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及び「区分番号11」の薬剤情報提供料(後期高齢者である患者にあつては、「区分番号18」の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料)を算定できる。
- (10)「注5」に係る分割調剤を行った場合は、処方せん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、処方せん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処方せんについて、「注4」に係る分割調剤の2回目以降の調剤と「注5」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一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。

調剤料

(5) 一包化薬

カ 同一薬局で同一処方せんに係る分割調剤をした場合は、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。

入院

＜調剤報酬＞薬学管理料「退院時共同指導料」

退院に際し情報共有を円滑に行うため、入院中の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と、地域での在宅療養を担う医師等医療関連職種が、共同して指導を行った場合に評価する

退院時共同指導料	現行	改正後
(新設) (保険薬局薬剤師)		 600点

[算定要件]

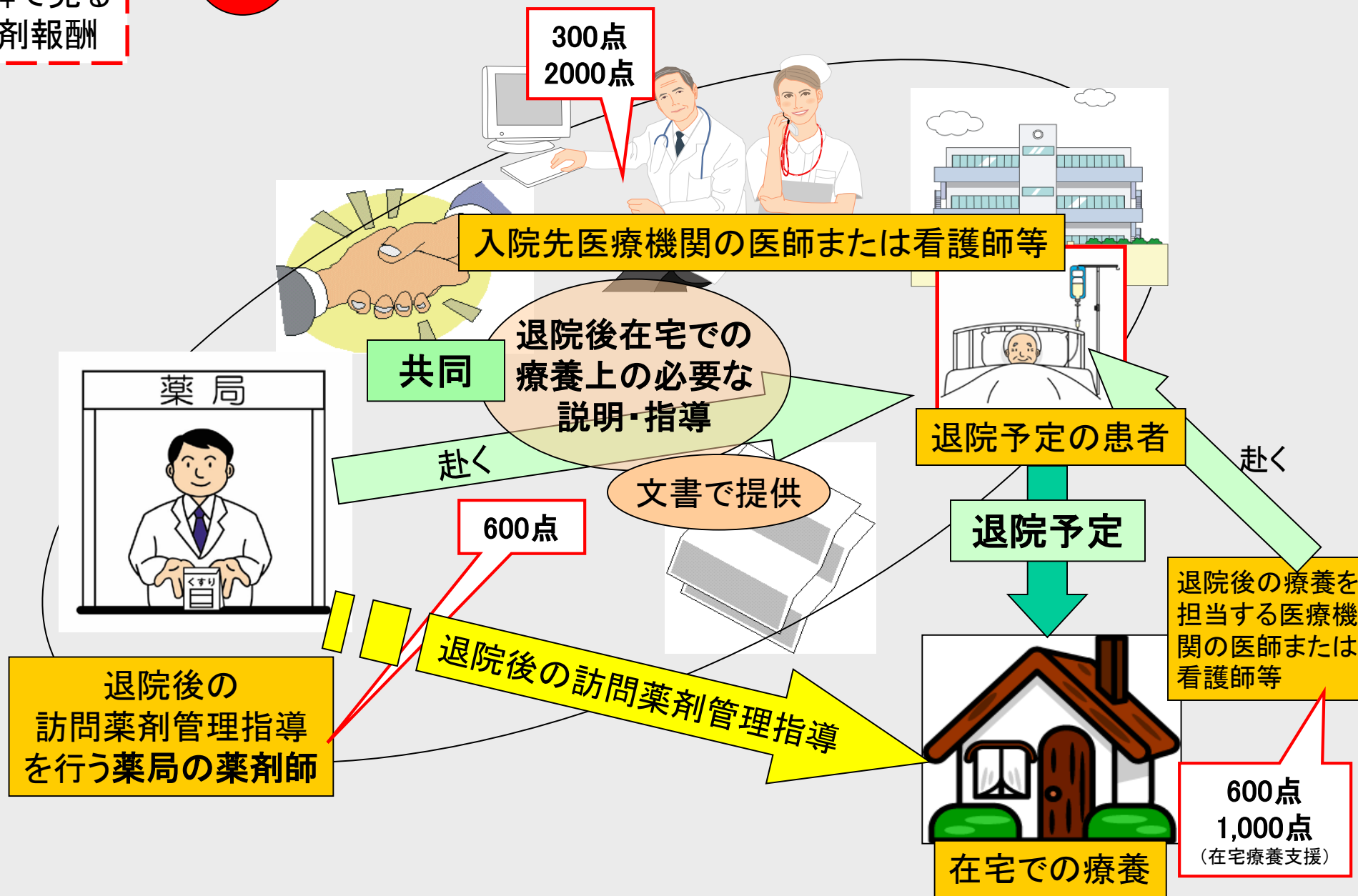
保険医療機関に入院中の患者について、退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、入院している保険医療機関に赴いて患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。

今までは、「地域連携退院時共同指導料」として退院後の療養を担う医療機関と入院中の医療機関が算定でききたが、今回から歯科医師と保険薬局薬剤師も算定できるようになる。

新設

退院時共同指導料(保険薬局薬剤師)

図解で見る
調剤報酬



3月5日
通知

＜薬学管理料＞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、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。
- (2) 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。
- (3) 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こと。
- (4) 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。

<調剤報酬> 薬学管理料「在宅患者訪問薬剤管理指導料」

現行の訪問薬剤管理指導の要件である医師との連携に加えて、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を関係職種と共有した上で行うこととし、月の2回目以降の算定の場合の評価を引き上げ、点数を一本化する

月4回まで

在宅患者訪問薬剤管理指導料		現行	改正後
現行は訪問回数で1と2を区分 新点数は在宅環境で区分する	1	月の1回目 500点	在宅患者の場合 500点(プラス評価) 新
	2	月の2回目以降 300点	居住系施設入居者等 350点

- ・医師の指示に基づき、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算定
- ・薬学的管理指導計画の策定に当たっては、処方医から提供された情報等に加えて、必要に応じ、患者が他の医療サービス、福祉サービス等を受けた際の状況と指導内容につき、関係職種間で共有した上で行う。
- ・訪問結果について医師に情報提供するとともに、必要に応じ、関係職種に情報提供する。

麻薬管理指導加算	100点
・服薬及び保管情報、副作用の有無等の確認と指導	

＜薬学管理料＞在宅患者訪問薬剤管理指導料①

- (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って通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方社会保険事務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、薬剤服用状況及び薬剤保管状況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の「1」は、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等である患者を除く。）に対して、「2」は、居住系施設入居者等である患者に対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (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い、自宅、社会福祉施設又は障害者施設等で療養を行う患者及び居住系施設入居者等である患者をいう。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18年厚生労働省告示第176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) 居住系施設入居者等とは、次に掲げる患者をいう。
- ア 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している患者
- （イ）老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム（（ホ）に規定する特定施設を除く。）
- （ロ）同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（（ホ）に規定する特定施設を除く。）

＜薬学管理料＞在宅患者訪問薬剤管理指導料②

(ハ) 同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム((ホ)に規定する特定施設を除く。)

(ニ) 同法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム

(ホ) 特定施設(介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。)

(ヘ) 高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則(平成13年国土交通省令第115号)第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅((ホ)に規定する特定施設を除く。)

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

(イ) 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護

(ロ) 同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)

(ハ) 介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護

(ニ) 同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護

(ホ) 同条第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)

(ヘ) 介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護

＜薬学管理料＞在宅患者訪問薬剤管理指導料③

- (5)「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。
- (6) 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こと。
- (7) 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。
- (8) 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こと。
- (9) 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こと。
- (10) 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こと。
- (11) 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。
- (12) 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（がん末期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。がん末期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。

＜薬学管理料＞在宅患者訪問薬剤管理指導料④

(13) 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

(14) 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(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く。)、**「区分番号11」の薬剤情報提供料、「区分番号13」の長期投薬情報提供料、「区分番号14」の後発医薬品情報提供料、「区分番号14の2」の外来服薬支援料、「区分番号16」の調剤情報提供料、「区分番号17」の服薬情報提供料又は「区分番号18」の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料(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処方せんによって調剤を行った場合を除く。)**は算定できない。

[以下略]

新設

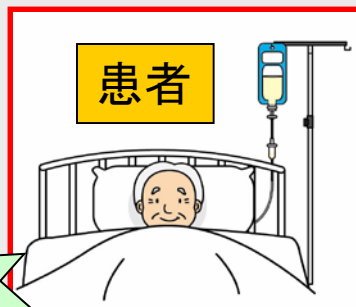
在宅患者訪問薬剤管理指導料

図解で見る
調剤報酬

いわゆる自宅



患者



介護老人福祉施設等



高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設（外部サービス利用型を含む）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居者等である患者であって通院が困難なもの

500点

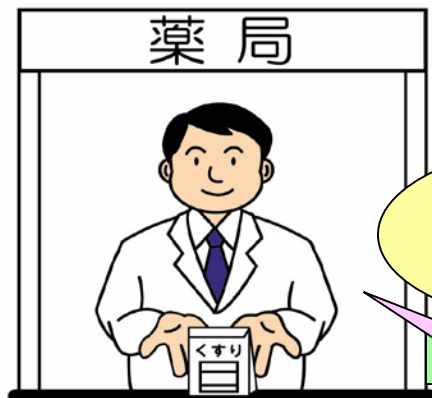
(1)

(2)

患者が集中しているため
移動時間がかからない

350点

薬局



「麻薬管理指導加算」

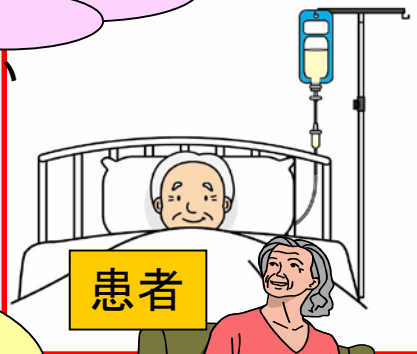
100点

医療用麻薬の
残薬の確認

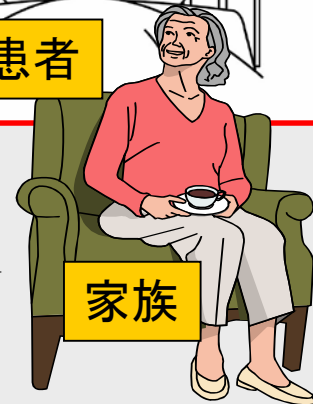
廃棄に関する
指導、等

定期的に

患者



家族



保険薬局の薬剤師

痛み止めのお薬は
残っていませんか？

＜調剤報酬＞薬学管理料「在宅患者緊急訪問薬剤指導管理料」

(新設)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 **新** 500点(月4回)

麻薬管理指導加算 **新** 100点

[算定要件]

- ①訪問薬剤管理指導を実施している患者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患者の薬剤服用歴に、在宅療養を担う保険医から緊急の要請があり実施した旨を記載する。
- ③実施した薬学的管理の内容の薬剤服用歴への記載等の要件については、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様の要件とする。

薬学的管理指導計画に基づき訪問薬剤管理指導を実施している患者について、当該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は、薬剤服用歴管理指導料(後期高齢者においては、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料)を算定できることとする

＜調剤報酬＞薬学管理料「在宅患者緊急時等共同指導料」

患者の急変等に際し主治医等が患家を訪問し、関係する医療従事者と一堂に会し共同でカンファレンスを開催し診療方針等について話し合い、患者に指導を行った場合を評価する。

(新設)在宅患者緊急時等共同指導料 **新** 700点(月2回)

訪問薬剤管理指導を実施している患者の急変時

[算定要件]

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ない、当該患者の在宅医療を担う保険医療機関の保険医の求めにより、関係する医療従事者と共同で患家に赴き、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算定する

図解で見る
調剤報酬

新設

在宅患者緊急時等共同指導料(月2回まで)

新設

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(月4回まで)

在宅のかかりつけ医

200点×2
在宅患者緊急時等カンファレンス料

両点数とも訪問薬剤
管理指導をしている
患者が対象

一緒に
来てく
れ！！

療養上必要な指導

患者

カンファレンス

700点×2

急変

保険薬局の薬剤師

薬局

同行訪問

単独訪問

500点×4

薬剤師単独で緊急に指導を実施した場合
薬剤服用歴に要請された旨を記載

要請

要請

＜薬学管理料＞在宅患者緊急時等共同指導料①

- (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。）が一堂に会し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、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回に限り算定するものであること。
- (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。
- (4) 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

＜薬学管理料＞在宅患者緊急時等共同指導料②

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

(5) 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。

(6) 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(4)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。）

＜調剤報酬＞薬学管理料「後期高齢者終末期相談支援料」

ターミナルケアに係る支援体制を充実し、保険薬局薬剤師と看護師によるものも評価する

(新設)後期高齢者終末期相談支援料

新

200点(1回に限る)

[算定要件]

在宅患者について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

患者の死亡時に算定する

3月5日
通知

＜薬学管理料＞後期高齢者終末期相談支援料①

(1)後期高齢者終末期相談支援料は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものである。

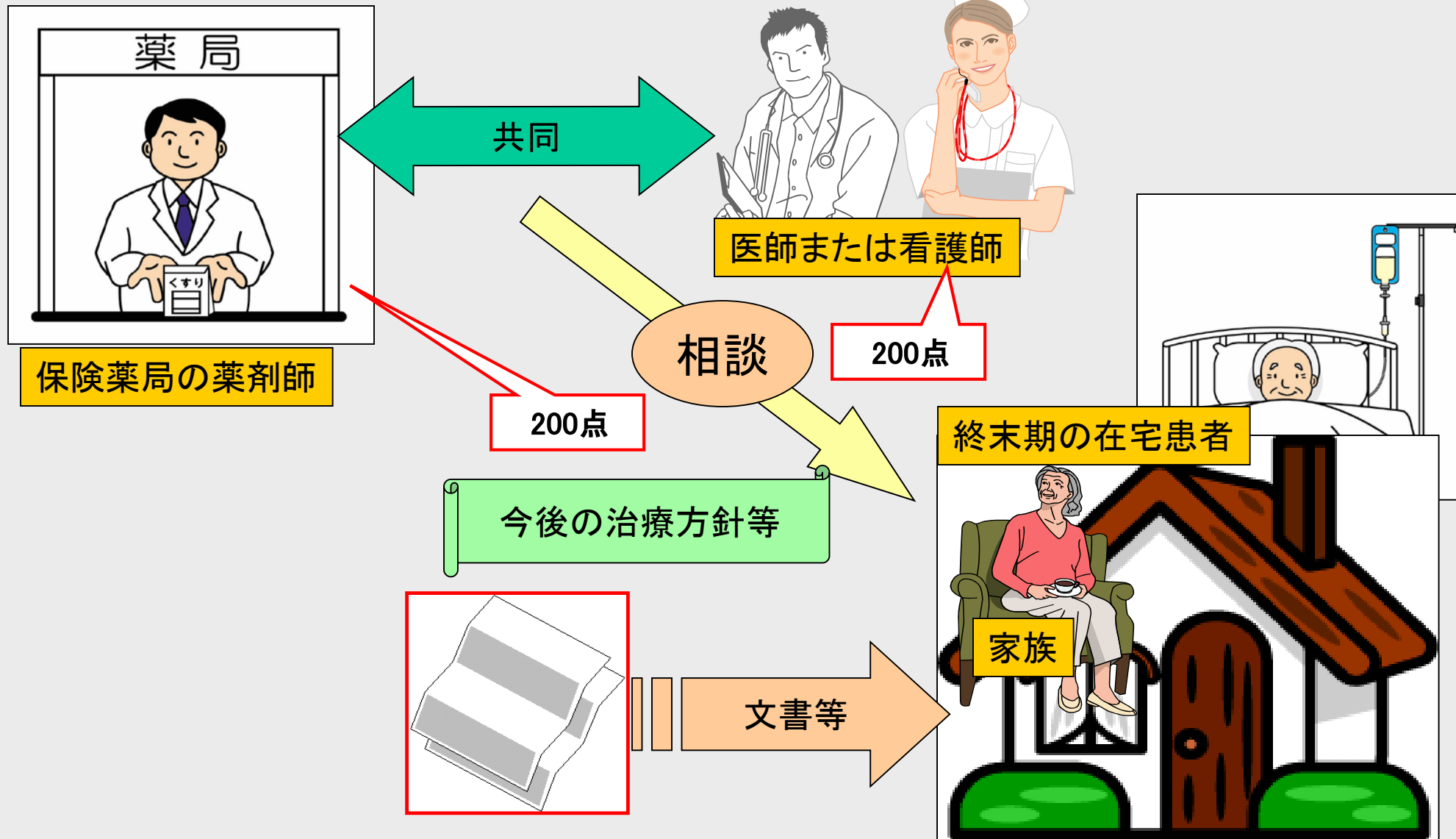
＜薬学管理料＞後期高齢者終末期相談支援料②

- (2) 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した後期高齢者である患者（在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。）について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し、患者及び主に患者の介護を行う家族等とともに、薬物治療等の診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- (3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重することとし、保険医が終末期と判断した患者であるからといって、患者に意思の決定を迫ってはならない。
- (4) 話し合う内容には、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあっては搬送先の医療機関等を含む。）が含まれるものであること。
- (5) 話し合いの内容をとりまとめ患者に交付した文書等の写しを当該患者の薬剤服用歴の記録に添付すること。
- (6) 終末期における診療方針等については、時間の経過、患者の病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化等に応じて、また、患者の意思の変化により変更されるものであることに留意するとともに、状況等の変化の都度、患者に説明し、患者の十分な理解を得ること。
- ただし、終末期における診療方針等の変更があった際の文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (7) 後期高齢者終末期相談支援料は、患者の死亡時に算定する。

新設

後期高齢者終末期相談支援料(1回に限る)

図解で見る
調剤報酬



外来

＜調剤報酬＞服薬管理の充実「外来服薬支援料」

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、処方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、薬剤師が患者の服薬管理を支援した場合に算定する

(新設) 外来服薬支援料**新****185点****[算定要件]**

服薬管理に係る支援の必要性を処方医に確認した旨、並びに外来服薬支援を行った薬剤の名称、外来服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴に記載する

服用中の薬剤、すなわち一度調剤した薬剤についての服薬管理を評価

保険薬局薬剤師の服薬支援を推進するために、服薬の自己管理が困難な外来患者が持参した調剤済みの薬剤について、薬局において整理し、薬剤の一包化、服薬カレンダーの活用など、日々の服薬管理を支援した場合に算定できるようにする。

処方せんなしで請求できる点数としても画期的な評価と考える。

外来服薬支援料のみを算定する場合は、薬剤を持ち込んだ患者さんの保険証を確認し、処方医に確認し、一包化等の実施した内容を調剤録に記載し、レセプトで「外来服薬支援料185点」と記載して請求することになると思われる。

3月5日
通知

＜薬学管理料＞外来服薬支援料①

- (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その家族等の求めに応じ、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回につき算定する。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) 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こと。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こと。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月5日
通知

＜薬学管理料＞外来服薬支援料②

- (3) 外来服薬支援は、処方せんによらず、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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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。

＜麻薬・向精神薬＞30日処方対象薬剤の拡大

精神障害者等の社会復帰を支援するため、一部の必要な薬剤について処方日数を見直す

14日

(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬

※30日分に含まれるものを除く

(2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬

※30日分、90日分に含まれるものを除く

今回は麻薬及び向精神薬取締法の規程改正で、成分自体が30日投与に緩和されたものであり、精神障害以外の疾患(一般内科)にも適用される

30日

【内服薬】

アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、ブロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼプ酸エチル又はロラ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、臭化メペンゾラート・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、**トリアゾラム、酒石酸ゾルピデム、ロルメタゼパム、ブロチゾラム、フルニトラゼパム、エスタゾラム、ニメタゼパム、クアゼパム、塩酸フルラゼパム、ハロキサゾラム、塩酸モルヒネ、硫酸モルヒネ、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物**

【外用薬】

塩酸モルヒネ、フェンタニル

経過を予見できる安定した患者に対し、一部の必要な薬剤について30日間の処方を可能とする。なお、処方に当たっては、既に処方されている当該薬剤の**残薬と、重複処方の有無について、患者に確認し、カルテに記載することとする**

薬局から交付できる注射剤、材料の追加等

- ① 介護老人保健施設や療養病床において、がん患者の疼痛緩和のために医療用麻薬を保険医療機関の医師が処方した場合に算定できることとし、対象を拡大する。
- ② 保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射剤及び特定保険医療材料を追加する。

薬剤名

クエン酸フェンタニール製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、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、メクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコポラミン製剤、

なお、医学薬学上適当と判断される注射薬は、在宅中心静脈栄養法用輸液に添加できる。

- ③ 「携帯型ディスポーザブル注入ポンプセット」を薬局から交付できる**特定保険医療材料に追加**する。

在宅中心静脈栄養用輸液セットについて、本体部分と付属品部分を細分化。

本体1930円、フーバー針400円、輸液バッグ400円

2008年度調剤報酬改定は？

患者サービス、どんどん

一包化加算、自家製剤加算
外来服薬支援料など

情報提供、服薬指導は、当たり前

服薬指導加算が要件され、服薬状況や薬剤服用歴の確認が療養担当規則に記載された。
調剤料等から情報提供等へ薬局の評価がシフトしてきたが、今回から情報提供や服薬指導
等もマイナスに転じた。

ジェネリックは、しっかりと

後発医薬品調剤体制加算（調剤率30%）の4点
はしっかり算定したい

何が何でも、在宅・ザイタク

日本薬剤師会の「在宅服薬支援マニュアル」

在宅戦術の検討、
在宅専門薬局の可能性

P	新設	項目	点数	在宅支援	退院支援
23		在宅患者緊急入院診療加算	+650	○	
35	新	退院調整加算	***		○
36	新	後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	500	○	
37	新	後期高齢者総合評価加算	50		○
38	新	後期高齢者退院調整加算	100		○
47		緩和ケア病棟入院料	—	○	
60		退院時共同指導料(医師)	***		○
60	新	退院時共同指導料の加算(医師)	****		○
61	新	退院時共同指導料(歯科医師)	600		○
61	新	退院時共同指導料(薬局薬剤師)	600		○
61		退院時共同指導加算(訪問看護ステーション)	6000円		○
69	新	後期高齢者退院時薬剤情報提供料	100		○
69	新	後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	180		○
70	新	在宅療養支援病院	—	○	
76	新	退院支援指導加算(訪問看護ステーション)	6000円	○	○
77	新	在宅患者訪問診療料2(医師)	200	○	
77		在宅患者訪問診療料(医師)ターミナルケア加算Ⅱ	2000	○	
78	新	居住系施設入居者等訪問看護・指導料(看護師)	***	○	
78	新	訪問看護基本療養費(Ⅲ)(訪問看護ステーション)	****円	○	
79	新	在宅患者訪問リハビリ指導管理料2(理学療法士等)	255	○	
79	新	在宅患者訪問薬剤管理指導料2(薬剤師)	385	○	
79	新	在宅患者訪問薬剤管理指導料2(薬局薬剤師)	350	○	
79	新	在宅患者訪問栄養食事指導料2(管理栄養士)	450	○	

80	新	特定施設入居時等医学総合管理料	****	○	
82		在宅患者訪問看護・指導料(看護師)	***	○	
82		訪問看護基本療養費(訪問看護ステーション)	****円	○	
82	新	訪問看護療養費 24時間対応体制加算(訪看ステ)	5400円	○	
83	新	長時間訪問看護加算(訪問看護ステーション)	5200円	○	
83	新	長時間訪問看護・指導料(看護師)	520	○	
84	新	在宅患者連携指導料(医師、歯科医師)	900	○	
85	新	在宅患者連携指導加算(訪問看護ステーション)	3000円	○	
86	新	在宅患者連携指導加算(看護師)	300	○	
87		在宅患者訪問薬剤管理指導料2(薬局薬剤師)	350	○	
85	新	在宅患者緊急時等カンファレンス料(医師、歯科医師)	200	○	
85	新	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪看ステ)	2000円	○	
85	新	在宅患者緊急時等共同指導料(薬局薬剤師)	700	○	
85	新	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(看護師)	200	○	
86		訪問看護ターミナルケア療養費(訪看ステ)	2000円	○	
86		訪問看護在宅ターミナルケア加算(看護師)	2000	○	
87		在宅療養指導料加算		○	
88		血糖自己測定器加算		○	
110		通院・在宅精神療法	***	○	
111	新	精神科継続外来支援・指導料	55	○	
111	新	保健師等による援助加算	40	○	
111	新	精神科地域移行支援加算	200		○
112		精神科退院前訪問指導料	380		○
112		精神科訪問看護・指導料	575	○	

薬局薬剤師の在宅への取り組みについて —日医工MPS—

今回の調剤報酬改定では、情報提供や服薬指導などの点数もマイナスに転じ、在宅関連が高く評価され、在宅への取り組みが求められている。

しかし薬局薬剤師が在宅訪問等を行う場合には、指導等のノウハウが難しく、患者へ負担金を請求するのも難しいとして、在宅への積極的な取り組みは進んでいない。

今回は医科においても在宅・退院支援の評価が大きく設定され、行政的には在宅に病院と同様の環境を持たせるべく、薬局薬剤師も巻き込んだサポートを期待しているため、これからは医療機関から薬局薬剤師に在宅へのアプローチ要請も増えてくる可能性が高い。

医療機関を中心に在宅チームを組み、薬剤師も看護師や管理栄養士、理学療法士などとともに在宅患者をケアする形態が増えてくると思われる。

その時点では地域に在宅薬局として認知されるところが存在しているはずであり、とすればなるべく早く地域連携の中に入り、ノウハウを取得し、地域内でいち早く在宅ポジションを確保する戦略が重要になる。いずれ“在宅専門薬局”とする形態の出現も予想される。

（日本薬剤師会では「在宅服薬支援マニュアル」でノウハウの提供について用意している）

いろいろ障害があって取り組みにくい“在宅”であっても、地域内の状況を常にチェックし、対応遅れの無いように準備しておく必要があると考える。