

保険請求

7

到達目標

1. 調剤報酬、診療報酬及び介護報酬の仕組みについて概説できる。
2. 薬価基準制度について概説できる。

保険医療機関・保険薬局は、医療にかかった費用（診療報酬・調剤報酬）のうち、一部負担金を患者から徴収し、残りを保険者等に請求し、支払いを受ける（レセプト）。この診療報酬・調剤報酬の計算に用いるのが、点数表である。点数表は、告示の「診療報酬の算定方法（点数表）」として、厚生労働大臣が定めている。「診療報酬の算定方法（点数表）」は、**医科診療報酬点数表**、**歯科診療報酬点数表**、**調剤報酬点数表**に分かれている。その他には、**診断群分類別点数表（DPC 点数表）**もあり、厚生労働大臣の指定する病院（DPC 対象病院）において、入院医療費として診断群別に区分された一定額を請求（包括評価）するときに用いられる。

点数表は報酬額が点数で示されており、**全国共通で調剤報酬点数表の1点を10円に換算して算定する**。したがって点数表に掲げる所定の点数に10円を乗じた額が報酬の金額となる。



調剤明細書（レセプト）については、

10巻V編 Chapter 3 1. 保険調剤業務を参照して下さい。

1. 診療報酬（医科）

◆ 1. 診療報酬点数表：保険医療機関での算定

診療報酬	基本診療料	初診料	再診料	(1) 入院料等
	特掲診療料	(2) 医学管理等	(3) 在宅医療	検査
		画像診断	(4) 投薬	(5) 注射
		リハビリテーション	精神科専門療法	処置
		手術	麻酔	放射線治療
	病理診断			
	介護老人保健施設入所者に係る診療料	併設保険医療機関の療養に関する事項	併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項	

※ 薬剤師に関連する(1)～(5)について、◆ 2. 診療報酬における薬剤関連業務に示す。

◆ 2. 診療報酬における薬剤関連業務

(1) 入院料等

入院基本料には、入院基本料等加算として種々の加算が認められており、薬剤師に関係が深いものを次にまとめる。

① 病棟薬剤業務実施加算

算定要件

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医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に加算する。

- 1 病棟薬剤業務実施加算1 100点/週1回
- 2 病棟薬剤業務実施加算2 80点/1日につき

i) 対象：入院基本料（特別入院基本料等を除く）を算定している入院患者

加算1	一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料又は専門病院入院基本料のいずれかを算定している患者
加算2	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者

(療養病棟、精神病棟又は特定機能病院(精神病棟に限る。)に入院中の患者は8週を限度)

ii) 病棟薬剤業務の内容

- ア 過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該保険医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること
- イ 医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)によるなど、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、医薬品・医療機器等安全性情報、医薬品・医療機器等の回収等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること
- ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること
 - i 医薬品緊急安全性情報
 - ii 医薬品・医療機器等安全性情報
 - iii 医薬品・医療機器等の回収等
- エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付すること
- オ 当該病棟に入院している患者に対し2種以上(注射薬及び内用薬を各1種以上含む。)の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと
- カ 患者又はその家族に対し、治療方針に係る説明を行う中で、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合には、病棟専任の薬剤師がこれを行うこと。なお、ここでいう特に安全管理が必要な医薬品とは、薬剤管理指導料の対象患者に規定する医薬品のことをいう
- キ 流量又は投与量の計算等が必要な特に安全管理が必要な医薬品等の投与にあたっては、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施すること
- ク アからキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」に掲げる業務についても、可能な限り実施するよう努めること
- ケ 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること

算定要件

iii) 病棟薬剤業務の実施上の留意点

- ア 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであること
- イ 病棟専任の薬剤師は、当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から**5年間保存**しておくこと。また、患者の薬物療法に直接的に関わる業務については、可能な限り、その実施内容を診療録にも記録すること
- ウ 病棟薬剤業務実施加算を算定できない病棟又は治療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること

【病棟薬剤業務実施加算1の算定に関する施設基準】

- ① 常勤の薬剤師が、**2人以上配置**されていること
- ② 病棟専任薬剤師が**すべての病棟**（特定入院料を算定する一部の病棟を除く）に配置されていること
- ③ 病棟専任薬剤師による病棟薬剤業務の直近1ヶ月の実施時間が**週20時間**以上であること
（病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務時間等は含まれない）
- ④ 医薬品情報管理室（DI室）を有し、常勤の薬剤師が**1人以上配置**されていること
- ⑤ DI室が、病棟担当の薬剤師を通じて、医薬品等の投薬状況や副作用等の情報を積極的に収集し、評価するとともに一元的に管理し、関係する医療従事者に、速やかに周知していること
- ⑥ DI室が、病棟選任薬剤師を通じて、医薬品安全性情報等を積極的に収集・評価するとともに、一元的に管理し、当該情報・評価結果について、有効活用されるよう工夫した上で、関係医療従事者に速やかに周知していること
- ⑦ 医薬品安全性情報等のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、**速やかに必要な措置を講じる体制**を有していること
- ⑧ 病棟専任の薬剤師とDI室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、**問題点等の情報を共有**するとともに、病棟薬剤業務を実施するのに**必要な情報が提供**されていること
- ⑨ 医療従事者が必要時にDI室で管理している**医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制**を有していること
- ⑩ ⑤～⑨の具体的実施手順及び新たな入手情報の重要度に応じて、安全管理委員会等の迅速な開催、関連医療従事者への周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品業務手順書」に定められており、それによって必要な措置が実施されていること
- ⑪ 病棟専任薬剤師の氏名が病棟内に**掲示**されていること
- ⑫ 薬剤管理指導料に係る届出を行った**保険医療機関**であること

② 栄養サポートチーム加算

算定要件

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医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、加算する。

200点/週1回

※ 栄養サポートチームは、次のア～エから構成され、これらのうち1人は専従である。ただし、当該チームが診察する患者数が1日15人以内の場合は、いずれも専任で差し支えない。

※ ア～エのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士なども配置されるのが望ましい。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

※ 薬剤師が栄養サポートチームに参加するためには、40時間以上の栄養管理に関する研修を修了しなければならない。

③ 緩和ケア診療加算

算定要件

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医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は特定入院料のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、加算する。

390点/1日につき

※ 緩和ケアチームは、次のア～エの4名から構成され、これらのうち1人は専従である。ただし、当該チームが診察する患者数が1日15人以内の場合は、いずれも専任で差し支えない。

- ア 身体症状の緩和担当する専任の常勤医師
- イ 精神症状の緩和担当する専任の常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

※ 緩和ケアチームに参加する薬剤師は、麻薬の投与が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者でなければならない。

④ 感染防止対策加算

算定要件

- 1 **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医療機関**に入院している患者（入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、加算する（入院初日）。
 - 1 感染防止対策加算 1 390点
 - 2 感染防止対策加算 2 90点
- 2 感染防止対策加算 1 を算定する場合について、感染防止対策に関する医療機関間の連携体制につき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医療機関の入院患者については、**感染防止対策地域連携加算**として、100点を更に所定点数に加算する。
- 3 感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正使用の支援に関する体制につき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医療機関の入院患者については、**抗菌薬適正使用支援加算**として、100点を更に所定点数に加算する。

【感染防止対策加算 1 の算定に関する施設基準（一部抜粋）】

- ※ 感染防止対策部門を設置し、部門内に感染制御チームを組織する。
- ※ 感染制御チームは、次のア～エから構成され、これらのうち 1 名を院内感染管理者として配置する。なお、アの医師又はイの看護師のうち 1 名は専従である。
 - ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症防止対策にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

【抗菌薬適正使用支援加算の算定に関する施設基準（一部抜粋）】

- ※ 抗菌薬適正使用支援チームは、次のア～エから構成され、これらのうち 1 人は専従である。なお、本チームの専従職員は、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。
 - ア 感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査に関わる専任の臨床検査技師

(2) 医学管理等

① 薬剤管理指導料

算定要件	
<p>厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院患者に対して、薬学的管理指導を行った場合に算定</p> <p>1. 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者 380点</p> <p>2. 1の患者以外の患者 325点</p> <p style="text-align: right;">(患者1人につき週1回かつ月4回に限る)</p> <p>【厚生労働大臣が定める薬剤管理指導料に関する施設基準等】</p> <p>① 当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること</p> <p>② 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設 (医薬品情報管理室) を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること</p> <p>③ 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること</p> <p>④ 当該保険医療機関の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導(副作用に関する状況把握を含む)を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づく適切な患者指導を行うこと。なお、記入した薬剤管理指導記録は、最終記載の日から最低3年間保存すること</p> <p>⑤ 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うこととするが、やむを得ない場合においてはこの限りではない</p> <p>⑥ 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療科につき区分して届出を受理しても差し支えない</p> <p>※薬学的管理指導等を行った場合、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること</p>	
加算	
麻薬管理指導	<p>麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合</p> <p style="text-align: right;">50点</p>

② 薬剤情報提供料

算定要件	
<p>外来患者(処方せんを交付した場合を除く)に対して、処方した薬剤の名称(一般名又は商品名)、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、文書により提供した場合に算定する。</p> <p style="text-align: right;">10点(月1回に限る(処方内容に変更があった場合は、その都度))</p>	
加算	
手帳記載	<p>処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳に記載した場合</p> <p style="text-align: right;">3点</p> <p>※ 所有の手帳を持参しなかった患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書(シール等)を交付した場合は、手帳記載加算は算定できない。</p>

参 考 調剤報酬における手帳の記載

保険薬局において、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等の定められた指導等を行った場合には、所定の点数を算定できる。

③ 薬剤総合評価調整管理料

算定要件

- 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、算定する。 250点/月1回
 - 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。
- ※ 連携管理加算を算定した場合において、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。

④ 地域包括診療料

算定要件

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医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。

1. 地域包括診療料1 1,560点/月1回
2. 地域包括診療料2 1,503点/月1回

【地域包括診療料に包括されないもの】

薬剤適正使用連携加算

再診料の一部の加算

地域連携小児夜間・休日診療料

診療情報提供料（Ⅱ）

在宅医療（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を除く。）

投薬（処方料及び処方せん料を除く。）

- ※ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

加算

薬剤適正使用連携

地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算等の算定患者が、他の保険医療機関又は介護老人保健施設に入院・入所した場合において、当該保険医療機関等と医薬品の適正使用に関わる連携を行い、処方薬剤の種類が減少した場合 30点（退院日又は退院日の翌月までに1回に限る）

⑤ 認知症地域包括診療料

算定要件

厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。

- 1. 認知症地域包括診療料1 1,580点/月1回
- 2. 認知症地域包括診療料2 1,515点/月1回

【認知症地域包括診療に包括されないもの】

薬剤適正使用連携加算

再診料の一部の加算

地域連携小児夜間・休日診療料

診療情報提供料（Ⅱ）

在宅医療（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を除く。）

投薬（処方料及び処方せん料を除く。）

※ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

加算

薬剤適正使用連携

地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算等の算定患者が、他の保険医療機関又は介護老人保健施設に入院・入所した場合において、当該保険医療機関等と医薬品の適正使用に関わる連携を行い、処方薬剤の種類が減少した場合 30点（退院日又は退院日の翌月までに1回に限る）

⑥ 特定薬剤治療管理料

算定要件

1. 特定薬剤治療管理料1 470点
2. 特定薬剤治療管理料2 100点

【特定薬剤治療管理料1について】

- ① ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

※ 特定薬剤治療管理料が算定できる厚生労働大臣の定める患者（抗腫瘍薬関連のみ）を次に示す。

厚生労働大臣が定める患者（一部抜粋、抗腫瘍薬関連のみ）

下記（ア～エ）に該当するものなどに対して算定できる。

ア) 悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの

イ) イマチニブを投与しているもの

ウ) 結節性硬化症に伴う上衣下巨細胞性星細胞腫の患者であって抗悪性腫瘍剤としてエベロリムスを投与しているもの

エ) 腎細胞癌の患者であって抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与しているもの

- ② 同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
- ③ ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料1として算定する。
- ④ 抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- ⑤ てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。
- ⑦ 臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

【特定薬剤治療管理料2について】

- ① サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定の点数を算定できる。

※ サリドマイド製剤及びその誘導体とは、サリドマイド、レナリドミド及びボマリドリドをいう。

参 考

退院時薬剤情報管理指導料

患者の入院時に当該患者が服用中の医薬品等について確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に算定

90点（退院の日1回に限る）

※ 同一日に、退院時共同指導料2（入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る）は、別に算定できない。

(3) 在宅医療

① 在宅患者訪問薬剤管理指導料

算定要件

在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう）の人数に従い算定する。

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

※ 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）及び1～3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

※ 単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保健医療機関において算定するものを含む）の人数をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

※ 次の場合は、単一建物診療患者が1人の場合を算定する。

1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合	患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定
当該建築物において、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者の数が、当該建物の戸数の10%以下の場合	それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定
当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以下の場合	

① 薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く）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在宅患者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。

② 月2回以上算定する場合にあつては、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

③ 当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに**薬剤管理指導記録**を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低**3年間保存**すること。

- ア 患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
- イ 患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
- ウ 薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む）
- エ 患者への指導及び患者からの相談の要点
- オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
- カ その他の事項

④ 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した**交通費は患家の負担**とし、交通費は**実費**とする。

算定要件

- ⑤ 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

- ア 緊急安全性情報、安全性速報
イ 医薬品・医療機器等安全性情報

加算

麻薬管理
指導

麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定 100点/1回につき

乳幼児

6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に算定 100点

参 考

在宅患者連携指導料

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っていて通院が困難な患者に対し、患者の同意を得て、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局等医療関係職種間と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報をふまえて療養上必要な指導を行った場合に算定

900点(月1回に限る)

参 考

在宅患者緊急時等カンファレンス料

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っていて通院が困難な患者の急変等に伴い、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局等医療関係職種等と共同でカンファレンスを行い又は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

200点(月2回に限る)

(4) 投薬

① 調剤料

算定要件

1. 入院中の患者以外の患者(外来患者)に投薬を行った場合に算定

- イ 内服薬、浸煎薬、頓服薬 9点/1処方
ロ 外用薬 6点/1処方

2. 入院患者に投薬を行った場合に算定 7点/1日

※ トロチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に関わる費用を算定する。

加算

麻薬等

麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬を調剤した場合
調剤料1に係る場合 1点/1処方
調剤料2に係る場合 1点/1日

② 処方料

算定要件	
<p>外来患者（処方せんを交付した場合を除く） に対し処方を行った場合に算定</p> <p>1. 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合 18点</p> <p>2. 1以外の場合で、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって投薬期間が2週間以内のもの及び地域包括診療加算を算定するものを除く）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤（ベンゾジアゼピン系薬剤）の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く）を行った場合 29点</p> <p>3. 1又は2以外の場合 42点</p> <p>※ 入院患者：入院基本料に含まれる</p> <p>※ 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定できる</p>	
加算	
麻薬等	麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬を処方した場合 1点/1処方
乳幼児	3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合 3点/1処方
特定疾患処方管理	<p>診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、厚生労働大臣が定める特定疾患を主病とする外来患者に対して処方を行った場合</p> <p>1. 18点/1処方（月2回に限る）</p> <p>2. 28日以上処方を行った場合 66点/1処方（月1回に限る）</p> <p>※ 1、2の同時算定はできない</p>
抗悪性腫瘍剤 処方管理	別に厚生労働大臣の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に届け出た保険医療機関（許可病床数が200以上の病院に限る）において治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍薬を処方した場合 70点/1処方（月1回に限る）
外来後発医薬品 使用体制	<p>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医療機関において投薬を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算</p> <p>1. 外来後発医薬品使用体制加算1 5点</p> <p>2. 外来後発医薬品使用体制加算2 4点</p> <p>3. 外来後発医薬品使用体制加算3 2点</p>
向精神薬 調整連携	抗不安薬等（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬）が処方されていた患者であって、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抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合 12点/1処方（月1回に限る）

※ 別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

③ 処方箋料

算定要件	
保険薬局で保険調剤を受けるために、外来患者に対し 処方箋を交付した場合 に算定	
1.	3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合 28点
2.	1以外の場合で、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって投薬期間が2週間以内のもの及び地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤（ベンゾジアゼピン系薬剤）の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く）を行った場合 40点
3.	1又は2以外の場合 68点
※	同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に同一の患者に2枚以上の処方箋を交付した場合は、1回として算定
※	複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方箋料を算定できる
加算	
乳幼児	3歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合 3点
特定疾患管理	診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、厚生労働大臣が定める特定疾患を主病とする外来患者に対して処方箋を交付した場合 1. 18点/1処方（月2回に限る） 2. 28日以上処方を行った場合 66点/1処方（月1回に限る） ※ 1、2の同時算定はできない
抗悪性腫瘍剤 処方管理	別に厚生労働大臣の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に届け出た保険医療機関（許可病床数が200以上の病院に限る）において治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍薬に係る処方箋を交付した場合 70点/1処方（月1回に限る）
一般名処方	薬剤の一般名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次の点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。 1. 一般名処方加算1 6点 （後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上）が一般名処方されている場合） 2. 一般名処方加算2 4点 （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）
向精神薬 調整連携	抗不安薬等（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬）が処方されていた患者であって、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抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合 12点/1処方（月1回に限る）

※ 別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

※ 分割指示に係る処方箋（別紙を含む）を発行する場合は、分割の回数は3回までとする。また、患者に対し、調剤を受ける度に別紙を含む分割指示に係る処方箋の全てを保険薬局に提出するよう指導する。

④ 調剤技術基本料

算定要件	
<p>薬剤師が常勤する保険医療機関において、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的とし、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に算定する。</p>	
1. 入院中の患者に投薬を行った場合	42点
2. 外来患者（処方箋を交付した場合を除く）に投薬を行った場合	8点
（1、2いずれも月1回に限る）	
<p>※ 薬剤管理指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者には、算定しない。</p>	
加算	
院内製剤	調剤技術基本料1において、調剤を院内製剤の上行った場合 10点

⑤ 薬剤料

薬価基準（円単位で掲載）で定められている薬価をもとに「点」単位に換算して算定

使用薬剤料	使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき	1点
	15円以下の場合	
	使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき	$\frac{\text{薬価}-15\text{円}}{10\text{円}}$ 点（1点未満切り上げ）+ 1点
	15円を超える場合	



薬価基準については、Ⅲ編 Chapter 3 6. 薬価基準を参照して下さい。

- 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時的投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合の投与を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬材料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数を算定
- 1以外の場合で、7種類以上の内服薬の投薬（臨時的投薬であって投薬期間が2週間以内のもの及び地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定するものを除く）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数を算定
- 別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定

⑥ 特定保険医療材料料

特定保険医療材料料は、材料価格基準により算定

特定保険医療材料	$\frac{\text{材料価格}}{10\text{円}}$ 点（1点未満四捨五入）
----------	--

(5) 注射 無菌製剤処理料

算定要件

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医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合に算定する。

1. 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

ア 閉鎖式接続器具を使用した場合	180 点
イ ア以外の場合	45 点
2. 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40 点

【厚生労働大臣が定める無菌製剤処理料に関する施設基準等】

- ① **病院**であること
- ② **常勤の薬剤師**が2人以上いること
- ③ 無菌製剤処理を行うための専用の部屋を有すること
- ④ 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること

ワンポイントアドバイス

処方料 …… 医師が外来患者に**院内処方せん**を出した際に算定
 処方せん料 …… 医師が外来患者に**院外処方せん**を出した際に算定

患者	{	入院…病院内で調剤（院内処方せん）→ 入院料に含まれる	
		{	外来 { 病院内で調剤（院内処方せん）→ 処方料
			薬局で調剤（院外処方せん）→ 処方せん料

2. 診断別分類包括評価(DPC/PDPS)

◆ 1. DPC 制度

診断群分類包括評価とは、DPC（Diagnosis Procedure Combination；診断群分類）に基づいて評価される入院1日あたりの定額支払い制度で DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System、DPC 制度）と呼ばれる。

平成 15 年より特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日当たり包括払い制度である。現在では、特定の要件に適合する1700軒以上の病院において行われている。

（1）DPC 対象病院の要件

診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払い制度を導入するために必要な要件を次に示す。

- 1 急性期入院医療を提供する病院として、次に掲げるいずれかの7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること
 - イ 一般病棟基本料
 - ロ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）
 - ハ 専門病院入院基本料
- 2 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること
- 3 厚生労働大臣が実施する次の調査（DPC 導入の影響評価に係る調査）に適切に参加すること
 - イ 退院患者調査：当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査
 - ロ 特別調査：中央社会保険医療協議会の要請に基づき、イの調査を補完することを目的として随時実施される調査
- 4 上記3の調査期間中において、退院した患者数を当該病院の一般病棟の病棟数で除した1ヶ月あたりの値が0.875以上であること
- 5 適切な診断別分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること（コーディング委員会を設置し、最低年4回以上開催）

（2）DPC 包括算定の対象患者

DPC 対象病院として告示されている医療機関において、「一般病棟」に入院する患者のみが対象となり、それ以外の患者は出来高算定となる。

DPC 包括算定	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料
出来高算定	障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料

3. 調剤報酬

◆ 1. 調剤報酬点数表：保険薬局での算定

保険薬局において行われる調剤報酬の算定は、調剤報酬点数表に基づいて行われ、全国共通で調剤報酬点数表の1点を10円に換算して算定する。

調剤報酬点数表は、「調剤技術料」、「薬学管理料」、「薬剤料」、「特定保険医療材料料」の4節で構成されている。

「調剤技術料」と「薬学管理料」は、保険薬局や薬剤師の施設及び技術に対する報酬であり、調剤業務における薬剤師の技術の評価を目的として「加算」がある。「薬剤料」と「特定保険医療材料料」は、調剤に使用した薬剤及び医療材料の算定費用である。

保険薬局は、患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、調剤報酬点数表の一覧等について、薬剤を交付する窓口等、患者が指導等を受ける際に分かりやすい場所に掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明する。

(1) 調剤技術料

① 調剤基本料

調剤基本料（算定要件）

- ※ 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。
- ※ 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り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処方せんであっても、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する。
- ※ 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。

調剤基本料（算定要件）

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、次表の点数を算定する。

調剤基本料	施設基準等
調剤基本料1 … 41点 (未妥結減算等適用：21点)	下記以外の保険薬局
調剤基本料2 … 25点 (未妥結減算等適用：13点)	次のいずれかに該当する保険薬局 ① 処方箋受付回数が4,000回/月を超える保険薬局 (特定の保険医療機関からの処方箋集中度率が70%超) ② 処方箋受付回数が2,000回/月を超える保険薬局 (特定の保険医療機関からの処方箋集中度率が85%超) ③ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数(保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合は、それらの全てを合算)が4,000回/月を超える保険薬局 ④ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数(同一法人グループ内に、同一保険医療機関の集中度率が最も高い薬局がある場合は、その薬局の受付回数を含む)が4,000回/月を超える保険薬局
調剤基本料3-イ … 20点 (未妥結減算等適用：10点)	同一法人グループ内の処方箋受付回数の合計が4万回/月を超え40万回/月以下の法人グループに属する保険薬局
調剤基本料3-ロ … 15点 (未妥結減算等適用：8点)	同一法人グループ内の処方箋受付回数の合計が40万回/月を超える法人グループに属する保険薬局
特別調剤基本料 … 10点 (未妥結減算等適用：5点)	次のいずれかに該当する保険薬局 ① 特定の病院と不動産の賃貸借取引があり、当該病院の処方箋調剤割合が95%を超える保険薬局 ② 地方厚生局長等に届け出していない保険薬局

※未妥結率減算等（次のいずれかに該当する保険薬局は、調剤基本料が50/100となる）

- ① 薬価基準に記載された薬価に占める卸売販売業者との取引価格の割合（妥結率）が5割以下

$$\text{妥結率} = \frac{\text{購入した医療用医薬品の卸売販売業者と取引した価格の総額}}{\text{購入した医療用医薬品の薬価基準に記載された薬価の総額}}$$

- ② 妥結率、単品単価契約率、一律値引き契約に係る状況を地方厚生局長に届け出していない
 ③ かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務*を1年間算定していない（処方箋受付回数が600回/月以下の保険薬局を除く）

※かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務の算定項目

時間外等加算	夜間・休日等加算	麻薬管理指導加算
かかりつけ薬剤師指導料	かかりつけ薬剤師包括管理料	重複投与・相互作用等防止等加算
外来服用支援料	服用薬剤調整支援料	在宅関連業務（医療・介護）
退院時共同指導料	服薬情報等提供料	

【注】平成30年10月1日より、次のいずれかに該当する保険薬局は、所定の調剤基本料から2点減算する（処方箋受付回数が600回/月以下の保険薬局を除く）

- ① 後発医薬品の調剤割合が2割以下（直近1ヶ月間の処方箋受付回数のうち、後発医薬品への変更不可の記載がある処方箋が50%以上の場合を除く）
 ② 後発医薬品の調剤割合を地方厚生局長に届け出していない

調剤基本料（算定要件）

【分割調剤】

- ① 長期投薬（14日分超）に係る処方箋において、処方薬の長期保存が困難である等の理由により分割して調剤を行った場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、2回目以降の調剤について1分割調剤につき5点を算定する。
- ② 患者が初めて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は、調剤基本料は初回のみ算定し、2回目の調剤に限り5点を算定する。
- ③ 医師の分割指示に係る処方箋（①、②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、処方医に対して情報提供を行った場合に分割回数で除した点数（分割回数が2回の場合は所定の点数の1/2に相当する点数、分割回数が3回の場合は所定の点数の1/3に相当する点数）を算定する。

加算

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を行った場合に算定 35点

【厚生労働大臣が定める地域支援加算に関する施設基準】

① 次のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと

ア．調剤基本料1を算定する薬局の場合

- i) 麻薬小売業者の免許を取得している
- ii) 直近1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定実績を有している
- iii) 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届出を行っている

イ．調剤基本料1以外を算定する薬局の場合

直近1年間に常勤薬剤師（当該保険薬局における実労働時間が32時間/週以上の保険薬剤師）1人あたり、以下の全ての実績を有していること

- i) 時間外等加算又は夜間・休日等加算の算定回数が合算して400回以上
- ii) 薬剤服用歴管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料・在宅患者訪問薬剤管理指導料・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料・在宅患者緊急時等共同指導料・居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費に規定する麻薬管理指導加算の算定回数^{*}が合算して10回以上（平成30年10月1日以降適用）
- iii) 薬剤服用歴管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料に規定する重複投薬・相互作用等防止加算又は在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数^{*}が合算して40回以上
- iv) かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数が合算して40回以上
- v) 外来服薬支援料の算定回数^{注1}が12回以上
- vi) 服用薬剤調整支援料の算定回数^{*}が1回以上（平成30年10月1日以降適用）
- vii) 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者（単一建物居住者）が1人の場合の算定回数が合算して12回以上
- viii) 服薬情報等提供料の算定回数^{注2}が60回以上

注1：かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者に、相当する業務を行った場合を含む

注2：かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料を算定する患者に、相当する業務を行った場合を含む

② 1,200品目以上の医薬品を備蓄していること

③ 当該保険薬局のみ又は近隣の保険薬局（当該保険薬局を含め3薬局まで）と連携して、**24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制^{注3}が整備されていること**

注3：24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、保険薬剤師が患者の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務が速やかに提供できる体制のことをいう

④ 初回処方箋受付時に、**担当者及び担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等**、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、**文書により交付**していること

※ 薬局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示する

地域支援
体制

- ⑤ 24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制を整備していることを、地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に十分に周知していること
- ⑥ 保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入すること
- ⑦ 平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること
- ⑧ 管理薬剤師は、以下の要件を全て満たしていること
- ア. 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. 当該保険薬局に1年以上在籍していること
- ⑨ 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から指示があった場合に適切な対応ができるよう在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制^{注4}を整備していること
- ※ 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、その内容を記載した文書を交付する
- 注4: 在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制とは、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制のことをいう
- ⑩ 調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に外部研修（地域薬剤師会等が行うものを含む）を受けさせていること
- 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メディアナビ）に登録し、常に最新の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること
- ⑫ 保険薬局で調剤された医薬品に係る情報（一般名、剤形、規格、内服薬にあつては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）、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、医薬品・医療機器等の回収情報）を随時提供できる体制にあること
- ⑬ 患者のプライバシーに配慮（患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有する等）していること
- ⑭ 一般用医薬品を販売していること。なお、販売の際には、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること
- ⑮ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談について応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと
- ⑯ 健康相談又は健康教室を行っている旨を薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、周知していること
- ⑰ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、衛生材料を患者に供給すること
- ⑱ 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患者の同意が得られた場合には、患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む）により随時提供すること
- ⑲ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- ⑳ 前年1年間に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を提供した実績を有し、薬局機能情報提供制度において「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」としていること（平成31年4月1日以降適用）
- ※ プレアボイド事例：疑義照会により処方変更され、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止した事例等
- ㉑ 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること
- ㉒ 特定の保険医療機関に係る処方箋集中率が85%を超える場合は、後発医薬品の調剤割合が50%以上であること

加算

後発医薬品の調剤に関し厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているとして
地方厚生局長に届け出た保険薬局において調剤を行った場合に算定

1. 後発医薬品調剤体制加算 1 18点
2. 後発医薬品調剤体制加算 2 22点
3. 後発医薬品調剤体制加算 3 26点

【厚生労働大臣が定める施設基準】

- i. 当該保険薬局において調剤した後発医薬品の割合（直近3ヶ月）が次の通りであること

$$\text{後発医薬品の割合(\%)} = \frac{\text{後発医薬品}}{\text{後発医薬品のある先発医薬品} + \text{後発医薬品}} \times 100$$

- 後発医薬品調剤体制加算 1 75%以上
後発医薬品調剤体制加算 2 80%以上
後発医薬品調剤体制加算 3 85%以上

- ii. 当該保険薬局において調剤した規格単位数量^{*}の割合（直近3ヶ月）が50%以上であること

$$\text{規格単位数量の割合(\%)} = \frac{\text{後発医薬品のある先発医薬品} + \text{後発医薬品}}{\text{保険薬局で保険調剤に使用するすべての医薬品}} \times 100$$

- iii. 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内外の見やすい場所に、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内の見やすい場所に掲示していること

※ 規格単位数量の割合を算出する際、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬、漢方製剤等医薬品は除外される

後発医薬品
調剤体制

関連事項

後発医薬品についての詳細は、

V編 Chapter 4 2. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)をご覧ください。

② 調剤料

調剤料	
内服薬	<p>内服薬、屯服薬、浸煎薬、湯薬、外用薬、注射薬で異なる</p> <p>内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）</p> <p>ア 14日分以下の場合</p> <p style="padding-left: 2em;">（1）7日目以下の部分（1日分につき） 5点</p> <p style="padding-left: 2em;">（2）8日目以上の部分（1日分につき） 4点</p> <p>イ 15日分以上21日分以下の場合 67点</p> <p>ウ 22日分以上30日分以下の場合 78点</p> <p>エ 31日分以上の場合 86点</p> <p>①1回の処方において、2種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同一であるものについては、1剤として算定する。</p> <p>②服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず1剤として算定（4剤以上の部分は算定しない。）</p> <p>③「服用時点が同一である」とは、2種類以上の薬剤について服用日1日を通じて服用時点が同一であることをいう。また、食事を目安とする服用時点については、食前、食後及び食間の3区分とすることとし、服用時点が「食直前」、「食前30分」等であっても、調剤料の算定にあつては、「食前」とみなし、1剤として取扱う。</p> <p>④次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。</p> <p style="padding-left: 2em;">ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合</p> <p style="padding-left: 2em;">イ 内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合</p> <p style="padding-left: 2em;">ウ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合</p> <p>⑤同一有効成分であつて同一剤形の薬剤が複数ある場合は、その数にかかわらず1剤として算定する。</p> <p>⑥内服薬の調剤料は、1回の処方せん受付について、4剤以上ある場合についても、3剤として算定する。（内服用滴剤は剤数に含めないが、浸煎薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、当該浸煎薬又は湯薬の調剤数を内服薬の剤数に含める。）</p> <p>⑦同一薬局で同一処方箋を分割調剤した場合は、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。</p> <p>⑧隔日投与等投与しない日がある処方に係る内服薬の調剤料は、実際の投与日数により算定する。</p> <p>⑨ドライシロップ剤を投与する場合において、調剤の際に溶解し、液剤（シロップ剤）にして患者に投与するときは内服用液剤として算定し、散剤としてそのまま投与するときは内服用固形剤として算定する。また、ドライシロップ剤を水に溶かして同時服用の他の液剤と一緒に投与する場合は1剤として算定し、ドライシロップ剤を散剤として、同時服用の他の固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤等）と一緒に投与する場合も1剤として算定する。</p> <p>※内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1調剤につき10点を算定。</p> <p>※トローチについては、外用薬として算定する。</p>

加算	
時間外 休日 深夜	<p>保険薬局が開局時間以外の時間、休日又は深夜において調剤を行った場合に算定</p> <p>1. 時間外加算（深夜及び休日を除く） 調剤技術料の100分の100</p> <p>2. 休日加算（深夜を除く） 調剤技術料の100分の140</p> <p>3. 深夜加算（午後10時から午前6時まで） 調剤技術料の100分の200</p> <p>※ 時間外加算等を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示する。</p>
夜間・休日等	<p>午後7時（土曜日は午後1時）から午前8時までの間（休日加算の対象となる休日を除く）又は休日加算の対象となる休日であって、その保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤した場合に算定 40点/処方箋受付1回</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示するとともに、夜間・休日等加算の対象となる日及び受付時間帯を薬局内の分かりやすい場所に掲示する。また、平日又は土曜日に夜間・休日等加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。</p>
一包化	<p>2剤以上の内服固形剤又は1剤で3種以上の内服固形剤を服用時点ごとに一包化を行った場合に、投与日数に応じて、処方箋の受付1回につき算定</p> <p>1. 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算</p> <p>2. 43日分以上の場合 220点</p> <p>① 一包化加算の算定は、多種類の薬剤が投与されている患者において、薬剤の飲み忘れ、飲み誤りの防止等、治療上の必要性が認められる場合に行うものであり、医師の了解を必要とする</p> <p>② 薬剤師が一包化の必要性を認め、医師の了解を得た後一包化を行った場合、その旨及び一包化の理由を調剤録等に記載すること</p>
在宅患者調剤	<p>厚生労働大臣が定める施設基準を満たしている旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時共同指導料、居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費のいずれかを算定している患者の調剤を行った場合に算定 15点/処方箋受付1回</p>
麻薬、向精神薬、覚せい剤原料、毒薬	<p>麻薬を調剤した場合 70点/1調剤</p> <p>向精神薬、覚せい剤原料、毒薬を調剤した場合 8点/1調剤</p>
計量混合調剤	<p>2種以上の薬剤（液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤に限る）を計量し、かつ、混合して、内服薬もしくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合に算定</p> <p>点数は剤形により異なる</p>
嚥下困難者用製剤	<p>嚥下障害等があり、市販されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工した後調剤した場合に算定</p> <p>80点/処方箋受付1回</p>
無菌製剤処理	<p>厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合に算定 それぞれ67点、77点又は67点/1日（6歳未満の乳幼児の場合 それぞれ135点、145点又は135点/1日）</p> <p>【厚生労働大臣が定める施設基準】</p> <p>① 薬局であること</p> <p>② 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備（無菌調剤室）を有していること（無菌調剤室を有しない保険薬局で調剤に従事する薬剤師が、他の無菌調剤室を有する保険薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を行っても算定可能）</p> <p>③ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること</p>
自家製剤	<p>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、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工夫を行った場合（小分けは除く）に算定 点数は区分（内服薬・屯服薬・外用薬等）により異なる</p> <p>※ 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。</p>

ワンポイントアドバイス

【調剤料】… 2種類以上の薬剤でも、服用時点と同じなら **1 剤** として算定する

処方 A錠
B カプセル
C錠
1日3回 朝昼夕食後 5日分

服用時点が同じなので **1 剤** として算定

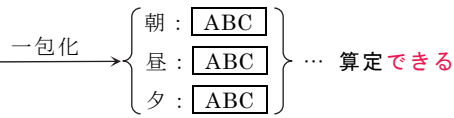
処方 A錠
B カプセル
1日3回 朝昼夕食後 5日分
C錠
1日1回 朝食後 5日分

服用時点が異なるので **2 剤** として算定

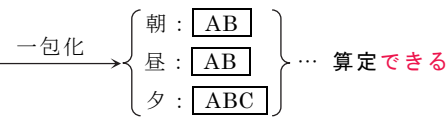
【一包化加算】

一包化加算

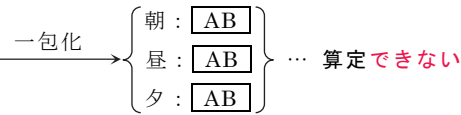
処方 A
B
C
1日3回 毎食後 5日分



処方 A
B
1日3回 毎食後 5日分
C
1日1回 夕食後 5日分



処方 A
B
1日3回 毎食後 5日分



【計量混合調剤加算】

		〈処方1〉	〈処方2〉	〈処方3〉
処方	A	錠剤	錠剤	錠剤
	B	錠剤	カプセル剤	散剤
	C	錠剤	散剤	散剤
		↓	↓	↓
		算定できない	算定できない	算定できる

計量混合調剤加算

(2) 薬学管理料

① 薬剤服用歴管理指導料

算定要件

- | | |
|-----------------------------------|----------------|
| 1. 原則 6 月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 | 41 点／処方箋受付 1 回 |
| 2. 1 の患者以外の患者に対して行った場合 | 53 点／処方箋受付 1 回 |
| 3. 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 | 41 点／処方箋受付 1 回 |
- ※ 特例：適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局（6 月内に処方箋を持参した患者の割合が 50% 以下の保険薬局） 13 点／処方箋受付 1 回（平成 31 年 4 月 1 日以降適用）
- ※ 加算は算定できない
- ※ 手帳を持参していない患者又は調剤基本料 1 以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次の指導等（一部抜粋）の全てを行った場合 53 点／処方箋受付 1 回

薬剤服用歴管理指導料 1 及び 2 については、患者に対して、次の指導等（一部抜粋）の全てを行った場合に算定する。

- ①患者ごとに作成した**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**薬剤情報提供文書**により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと
- ②処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して**薬剤服用歴**に記録（3年間保存）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
 - ※ 服薬指導は、処方せん受付の都度、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、その都度過去の薬剤服用歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直す。また、確認した内容及び行った指導の要点を薬剤服用歴に記録する。なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たっては「重篤副作用疾患別対応マニュアル」等を参考とする
 - ※ 服薬指導に当たっては「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考とすること。また、服薬指導を円滑に実施するため、抗菌薬の適正使用が重要であることの普及啓発に資する取組を行っていることが望ましい
- ③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
 - ※ 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は、その理由を薬剤服用歴に記録すること
 - ※ 患者が複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、同一の手帳で管理できると判断した場合は 1 冊にまとめること。なお、1 冊にまとめなかった場合は、その理由を薬剤服用歴に記録すること
 - ※ 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、手帳に貼付するよう患者に説明するとともに、次回以降は手帳を持参するよう指導する。また、当該患者が次回以降に手帳を持参した場合には、当該文書が貼付されていることを確認すること
- ④患者ごとに作成された**薬剤服用歴**や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認し、残薬が確認された場合はその理由を把握すること。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
- ⑤**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
 - ※ 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使用することとするが、患者に対し後発医薬品の品質、有効性、安全性について適切に説明した上で、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること

薬剤服用歴管理指導料 3 については、保険薬剤師が老人福祉法に規定する**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、薬剤服用歴管理指導料 1 及び 2 と同様の指導等の全てを行った場合に算定する。

※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、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。

ワンポイントアドバイス

有料老人ホーム又は患者の居宅を訪問し、患者に対して薬学的管理を行った場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）又は居宅療養管理指導費（介護保険）を算定できるが、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）を訪問し、患者に対して薬学的管理を行った場合には、訪問薬剤管理指導料（医療保険）又は居宅療養管理指導費（介護保険）を算定できないため、**薬剤服用歴管理指導料3**を算定する。

加算

麻薬管理指導	麻薬を調剤した場合、麻薬の服用、保管状況、副作用の有無等に関し、患者又はその家族等に対し必要な薬学的管理指導を行った場合に算定 22点												
重複投薬・相互作用等防止	薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用防止の目的で、処方医に対し照会を行い、 処方の変更が行われた場合 にそれぞれ算定 1. 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 2. 残薬調整に係るものの場合 30点 ※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に記録する												
特定薬剤管理指導	特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）を調剤した場合、そのハイリスク薬の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定 10点 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">ハイリスク薬</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">①抗悪性腫瘍剤</td> <td style="width: 25%;">④抗てんかん剤</td> <td style="width: 25%;">⑦テオフィリン製剤</td> <td style="width: 25%;">⑩糖尿病用剤</td> </tr> <tr> <td>②免疫抑制剤</td> <td>⑤血液凝固阻止剤</td> <td>⑧カリウム製剤</td> <td>⑪膵臓ホルモン剤</td> </tr> <tr> <td>③不整脈用剤</td> <td>⑥ジギタリス製剤</td> <td>⑨精神神経用剤</td> <td>⑫抗 HIV 薬</td> </tr> </table> </div>	①抗悪性腫瘍剤	④抗てんかん剤	⑦テオフィリン製剤	⑩糖尿病用剤	②免疫抑制剤	⑤血液凝固阻止剤	⑧カリウム製剤	⑪膵臓ホルモン剤	③不整脈用剤	⑥ジギタリス製剤	⑨精神神経用剤	⑫抗 HIV 薬
①抗悪性腫瘍剤	④抗てんかん剤	⑦テオフィリン製剤	⑩糖尿病用剤										
②免疫抑制剤	⑤血液凝固阻止剤	⑧カリウム製剤	⑪膵臓ホルモン剤										
③不整脈用剤	⑥ジギタリス製剤	⑨精神神経用剤	⑫抗 HIV 薬										
乳幼児服薬指導	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 12点 ※患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問合せがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと												

ワンポイントアドバイス

【薬剤服用歴の記載事項】 … 3年間保存

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

② かかりつけ薬剤師指導料

算定要件

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算定する（患者の同意を得た後(2回目以降)から算定）。 73点/処方箋受付1回

① 患者が選択した保険薬剤師（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うこと

② 当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次の全ての事項を説明した上で、患者に対し、当該薬局で作成した同意書に、かかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求め、同意を得ること。また、かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供すること。必要な記入を行った同意書は、当該保険薬局において保管し、当該患者の薬剤服用歴にその旨を記録すること

ア. かかりつけ薬剤師の業務内容

イ. かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等

ウ. かかりつけ薬剤師指導料の費用

エ. 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由

※ 1人の患者に対して、1ヶ所の保険薬局の1人の保険薬剤師のみかかりつけ薬剤師指導料を算定できる（かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は算定できない（要件を満たしていれば薬剤服用歴管理指導料は算定できる））

③ 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、手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先に保険薬局の名称及び連絡先を記載すること

④ 原則として、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

※ 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良いが、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない

⑤ 担当患者に対して、以下の服薬指導等を行うこと

ア. 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

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

ウ. 患者が受診している全ての保健医療機関の情報を把握し、服用している処方薬、要指導医薬品及び一般用医薬品（要指導医薬品等）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に記載。また、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

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、勤務表を作成し患者に交付。かかりつけ薬剤師が開局時間外の問い合わせ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別の保険薬剤師が対応することがある旨を説明

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に記載

カ. 調剤後も患者の服薬状況の把握、指導等を行い、その内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案。服薬状況の把握は患者の容態や希望に応じて定期的実施（電話による連絡、患家への訪問、患者の来局時など）。また、患者への指導等・情報提供の内容を薬剤服用歴に記載

キ. 継続的な薬学的管理のため、患者が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の提供、その取組（ブラウンバッグ運動）の意義等の説明。患者が薬剤等を持参した場合や必要に応じて患家へ訪問して服用薬の整理等の実施

※ 訪問に要した交通費（実費）は、患家の負担とする

ク. 必要に応じ、患者から血液・生化学検査結果の提示があった場合は、その情報を参考にした薬学的管理及び指導

⑥ かかりつけ薬剤師指導料を算定する患者以外への服薬指導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の受診勧奨を行うよう努めること

※ 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を算定している患者については、算定しない。また、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的投薬が行われた場合を除き、算定しない。

【厚生労働大臣が定める施設基準】

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること

- ① 以下の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こと
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること
(育児休業、介護休業等が講じられた場合は、週24時間以上かつ週4日以上)
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1月以上在籍していること
- ② 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること
- ③ 医療に係る地域活動の取組に参加していること。

加算

麻薬管理指導	麻薬を調剤した場合、麻薬の服用、保管状況、副作用の有無等に関し、患者又はその家族等に対し必要な薬学的管理指導を行った場合に算定 22点
重複投薬・相互作用防止	薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対し照会を行い、 処方の変更が行われた場合 にそれぞれ算定 1. 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 2. 残薬調整に係るものの場合 30点 ※ 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に記録する
特定薬剤管理指導	ハイリスク薬を調剤した場合、そのハイリスク薬の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定 10点
乳幼児服薬指導	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 12点 ※ 患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問合せがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。

③ かかりつけ薬剤師包括管理料

算定要件

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、診療報酬点数表の再診料の**地域包括診療加算**もしくは**認知症地域包括診療加算**、**地域包括診療料**又は**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算定する。 280点/処方箋受付1回

- ① 対象患者は、**地域包括診療加算**もしくは**認知症地域包括診療加算**又は**地域包括診療料**もしくは**認知症地域包括診療料**を算定している患者とする
- ② 対象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うこと**
- 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、必要に応じて減薬等の処方提案を実施すること**
- ④ **かかりつけ薬剤師指導料の算定要件②～⑥を満たしていること**

【包括範囲】 下記以外は包括とする。

- ・ 時間外等加算、夜間・休日等加算
- ・ 在宅患者調剤加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合に限る。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料
- ・ 退院時共同指導料
- ・ 薬剤料及び特定保険医療材料料

【厚生労働大臣が定める施設基準】

かかりつけ薬剤師指導料と同じ

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除く。）と同時に算定できない。

④ 外来服薬支援料

算定要件

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患者もしくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援（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）した場合に算定する。

185点／服薬支援1回（月1回に限る）

※ 患者又はその家族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、その結果を関係する保険医療機関に情報提供した場合も算定できる。なお、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（ブラウンバッグ運動）を周知しておく。

※ 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、一包化を行った場合でも調剤技術料は算定できない

※ 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。

⑤ 服用薬剤調整支援料

算定要件

内服を開始して4週間以上経過した内服薬を6種類以上処方されている患者に対して、保険薬剤師が、患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に文書を用いて減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬の種類数が2種類以上（うち1種類は保険薬剤師が提案したもの）減少し、その状態が4週間以上継続した場合に月1回に限り算定する。

125点／月

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

※ 頓服薬は対象外

※ 調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない

※ 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴に記載する

※ 保険医療機関から提案された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴に添付する等の方法により記録・保持する

⑥ 在宅患者訪問薬剤管理指導料

算定要件	
<p>あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう）の人数に従い算定する。</p>	
1. 単一建物診療患者が1人の場合	650点
2. 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	320点
3. 1及び2以外の場合	290点
<p>※ 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）及び1～3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</p>	
<p>※ 月2回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く）は、算定する日の間隔は6日以上とする</p>	
<p>※ 単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。</p>	
<p>※ 次の場合は、単一建物診療患者が1人の場合を算定する。</p>	
1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合	患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定
当該建築物において、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者の数が、当該建物の戸数の10%以下の場合	それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定
当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以下の場合	
<p>※ 薬学的管理指導計画は、少なくとも月に1回は見直しを行う</p>	
<p>※ 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする</p>	
<p>※ 保険薬局と患家の距離が16kmを超える場合は、特殊な事情がある場合を除き算定できない</p>	
<p>※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者、外来服薬支援料又は服薬情報提等供料を算定している患者については算定しない。</p>	
加算	
麻薬管理指導	<p>麻薬の投薬が行われている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や副作用の有無の確認を行い、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定</p> <p style="text-align: right;">100点</p>
乳幼児	<p>6歳未満の乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定</p> <p style="text-align: right;">100点</p>

在宅患者薬剤管理指導料は、保険薬局の薬剤師と保険医療機関の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行うことでその費用を請求できるが、同一在宅患者に対して保険薬局の薬剤師と保険医療機関の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行った場合には、どちらか一方のみが費用を請求する。

ワンポイントアドバイス

【小規模薬局間の連携による在宅業務】

基幹薬局（在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局）が、**サポート薬局**（基幹薬局を支援する薬局）とあらかじめ連携している場合、基幹薬局が対応できない場合の臨時対応として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料についても算定できる。ただし、保険請求は基幹薬局が行う。

⑦ 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料

算定要件

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**に算定する。

1. 残薬調整に係るもの以外の場合 40点/処方箋受付1回
(併用薬との重複投与、併用薬・飲食物等との相互作用など)
2. 残薬調整に係るものの場合 30点/処方箋受付1回

※ 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に記載する

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又は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。

⑧ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

算定要件

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て通院が困難な患者の状態の急変に伴い、当該患者の在宅医療担当保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、当該保険医に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定 500点 (月4回を限度)

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする

※ 保険薬局と患家の距離が16kmを超える場合は、特殊な事情がある場合を除き算定できない

加算

麻薬管理指導	麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の服用、保管状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定 100点
乳幼児	6歳未満の乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定 100点

⑨ 在宅患者緊急時等共同指導料

算定要件

訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者の病状の急変や、診療方針の大幅な変更等の必要性が生じたことに伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、原則として患家を訪問し、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスを行うとともに、共有した当該患者の診療情報及び当該カンファレンスの結果を踏まえ、計画的な訪問薬剤管理指導の内容に加えて、患者に対し療養上必要な薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。 700点 (月2回に限る)

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする

※ 保険薬局と患家の距離が16kmを超える場合は、特殊な事情がある場合を除き算定できない

加算

麻薬管理指導	麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の服用、保管状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定 100点
乳幼児	6歳未満の乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定 100点

⑩ 服薬情報等提供料

算定要件

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、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、患者もしくはその家族又は保険医療機関に対して必要な情報提供又は指導を行った場合に月1回に限り算定する。

1. 服薬情報等提供料1 30点/月
2. 服薬情報等提供料2 20点/月

※ かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない

【服薬情報等提供料1の算定要件】

保険医療機関から情報提供(当該患者の服用薬及び服薬状況又は当該患者に対する服薬指導の要点・患者の状態等)の求めがあった場合に、その理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について書面又は電子的な方法により提供した場合に算定できる。これには次のア及びイが含まれる

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

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

【服薬情報等提供料2の算定要件】

次の①又は②に該当した場合に算定できる

- ① 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のア又はイに掲げる情報提供等の内容について、患者又はその家族等に対して速やかに提供等し、当該患者の次回の処方箋受付時に提供した情報に関する患者の状況等の確認及び必要な指導を行った場合
 - ア. 緊急安全性情報、安全性速報や医薬品・医療機器等安全性情報など、処方箋受付時に提供した薬剤情報以外の情報で患者の服薬期間中に新たに知り得た情報
 - イ. 患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導

※ 患者の服用期間中に新たに情報提供した事項、服薬期間中及び処方箋受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導等については、情報提供の都度、薬剤服用歴に記録する
- ② 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ア～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等により提供した場合。これには、保険薬局において患者の服用薬の残薬を確認し、処方箋を発行した保険医療機関に対して情報提供を行った場合が含まれる
 - ア. 当該患者の服用薬及び服薬状況
 - イ. 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等
 - ウ. 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報

※ 情報提供した際は、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する

⑪ 退院時共同指導料

算定要件

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に赴いて、当該患者の同意を得て、退院後の在宅療養上必要な薬学的管理指導を、入院保険医療機関の保険医等と共同で行い、文書により情報提供した場合に算定 600点（入院中1回に限る）
 ※ 厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、入院中2回を限度

(3) 薬剤料

使用薬剤料	使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合	1点
	使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合	$\frac{\text{薬価}-15\text{円}}{10\text{円}}$ 点（1点未満切り上げ）+1点

薬価は、**薬価基準（円単位で記載）**により算定



薬価基準については、Ⅲ編 Chapter 3 6. 薬価基準を参照して下さい。

ワンポイントアドバイス

処方箋を受け付けた保険薬局において、処方箋に記載された医薬品の後発医薬品への変更調剤について、処方箋記載内容と変更できる薬剤について次に示す。

	含量規格が同一の後発医薬品への変更調剤	含量規格が異なる後発医薬品への変更調剤	類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤
「変更不可」等の記載なし	○	○	○
「含量規格変更不可」の記載あり	○	×	○
「剤形変更不可」の記載あり	○	○	×
「含量規格変更不可」及び「剤形変更不可」の記載あり	○	×	×
「変更不可」等の記載あり	×	×	×

含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤の際には、変更調剤後の薬剤料が変更前のものと比較して同額以下としなければならない。また、含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤は、規格又は剤形の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる場合には、対象外となる。

類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいうものであること。

- ① 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤
- ② 散剤、顆粒剤、細粒剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る）
- ③ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る）

(4) 特定保険医療材料料

特定保険医療材料	$\frac{\text{材料価格}}{10\text{円}}$ 点（1点未満四捨五入）
----------	--

特定保険医療材料料は、材料価格基準により算定

4. 介護報酬

◆ 1. 居宅療養管理指導（介護保険）

「居宅療養管理指導」とは、居宅要介護者について、病院、診療所又は薬局等の医師、歯科医師、薬剤師等により行われる療養上の管理及び指導であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

指定居宅サービス（指定介護予防サービス）に該当する居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）の事業は、要介護状態（又は要支援状態）となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は管理栄養士等が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るもの（利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すもの）でなければならない。

（1）薬剤師が行う居宅療養管理指導

厚生労働省令で定める療養上の管理及び指導のうち薬剤師により行われるものは、居宅要介護者の居宅において、医師又は歯科医師の指示（薬局の薬剤師にあっては、医師又は歯科医師の指示に基づき策定した薬学的管理指導計画）に基づいて実施される薬学的な管理及び指導である。

利用者に対して、薬剤師が、医師又は歯科医師の指示（薬局の薬剤師は、処方せんによる指示）に基づき、利用者の居宅を訪問し、薬学的な管理指導を行い、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、同一建物居住者の人数に従い、1月に2回（薬局の場合は4回）を限度として算定する。

居宅療養管理指導	病院又は診療所の薬剤師が行う場合	薬局の薬剤師が行う場合
① 単一建物居住者1人に対して行う場合	558 単位	507 単位
② 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	414 単位	376 単位
③ ①及び②以外の場合	378 単位	344 単位

（2）指定居宅サービス事業者の特例

通常、要介護認定を受けた被保険者（要介護被保険者）のうち居宅において介護を受ける居宅要介護被保険者に対して居宅サービス事業を行う事業を行う場合は、都道府県知事から指定居宅サービス事業者の指定を受けなければならない。

病院等について、健康保険法の規定による保険医療機関又は**保険薬局の指定**があったときは、その指定の時に、当該病院等の開設者について、当該病院等により行われる居宅サービス（病院又は診療所にあっては居宅療養管理指導その他厚生労働省令で定める種類の居宅サービスに限り、薬局にあっては居宅療養管理指導に限る。）に係る介護保険法における**指定居宅サービス事業者の指定があったものとみなされる**。ただし、当該病院等の開設者が、別段の申出をしたとき、又はその指定の事前に居宅介護サービス事業者の指定を取り消されているときは、この限りでない。

ワンポイントアドバイス

保険薬局において、**居宅療養管理指導**を行うときには介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者の**指定を受ける必要はない**が、車イスのレンタル等の福祉用具貸与を行うときには、都道府県知事から指定居宅サービス事業者の指定を受けなければならない。

参 考

【医療保険及び介護保険における在宅医療及び居宅介護の比較】

	医療保険	介護保険
	在宅患者訪問薬剤管理指導	居宅療養管理指導
保険医療機関	患者1人につき月4回（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）及び薬剤師1人につき1日に5回に限り算定（ 届出不要 ）	月2回を限度として算定（ 届出不要 ）
保険薬局	患者1人につき月4回（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）及び薬剤師1人につき1日に5回に限り算定（ 局長に届出 ）	月4回（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）を限度として算定（ 届出不要 ）