



平成30年度診療報酬改定 について (調剤報酬)



2018.4.6

(レセプト記載要領、疑義解釈その1の内容を含む)

株式会社ユナイテッドサーブ

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会
認定登録 医業経営コンサルタント 登録番号第7168号

上田 恭子

調剤基本料

調剤基本料 1	41点
調剤基本料 2	25点
調剤基本料 3	
イ	20点
ロ	15点
特別調剤基本料	10点

現行	
調剤基本料 1	41点
調剤基本料 2	25点
調剤基本料 3	20点
調剤基本料 4	31点
調剤基本料 5	19点
特別調剤基本料	15点



改定のポイント

※ 現行では、調剤基本料 2 または 3 の場合でも、かかりつけ薬剤師指導料等の一定の算定実績がある場合は特例除外となり、調剤基本料 1 が算定できますが、改定後は、除外されなくなります。



改定のポイント

※ 集中率の算出に、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋は除外することになります。

受付回数には含める。
集中率の計算からは除く。

勤務者：常勤及び非常勤を含めた全ての職員
その家族：勤務者と同居又は生計を一にする者

Q&A

勤務者には役員を含める。また、間接部門の勤務者等でも、保険薬局業務に関与する部門の勤務者であれば含める。

《参考》受付回数に数えない処方箋

- 時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算を算定した処方箋
- 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の基となる調剤に係る処方箋
- 居宅療養管理指導費のハの(2)、介護予防居宅療養管理指導費のハの(2)の基となる調剤に係る処方箋



調剤基本料



改定のポイント

※ 以下のいずれかに該当する薬局は、所定点数の100分の50で算定(注3)

- ・ 妥結率 5 割以下
- ・ 妥結率等を厚生局に定期的に報告していない
- ・ かかりつけ機能に係る基本的な業務を 1 年間実施していない(処方箋受付回数月 600 回以下を除く)

報告時期
10月の1か月間から
10～11月の2か月間
に変更されます。

【届出】単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告(様式85)



		50/100減算後の点数
調剤基本料 1	41点	21点
調剤基本料 2	25点	13点
調剤基本料 3 イ	20点	10点
調剤基本料 3 ロ	15点	8点
特別調剤基本料	10点	5点

様式85 安結率等に係る報告書

報告年度(月) 年 月 日

1. 安結率

当該保険薬局において処方された調剤用医薬品の数量(注1)	円
調剤用医薬品と当該調剤用医薬品の間で処方された調剤用医薬品の数量(注2)	円
安結率	(注1÷注2) %

2. 医薬品単価契約率

調剤用医薬品と当該調剤用医薬品の間で処方された調剤用医薬品の数量(注1)	円
調剤用医薬品と当該調剤用医薬品の間で処方された調剤用医薬品の数量(注2)	円
医薬品単価契約率	(注1÷注2) %

3. 一律値引き契約の実績

(1) 一律値引き契約の実績の有無

□ 有 □ 無

様式85 安結率等に係る報告書

報告年度(月) 年 月 日

1. 安結率

当該保険薬局において処方された調剤用医薬品の数量(注1)	円
調剤用医薬品と当該調剤用医薬品の間で処方された調剤用医薬品の数量(注2)	円
安結率	(注1÷注2) %

2. 医薬品単価契約率

調剤用医薬品と当該調剤用医薬品の間で処方された調剤用医薬品の数量(注1)	円
調剤用医薬品と当該調剤用医薬品の間で処方された調剤用医薬品の数量(注2)	円
医薬品単価契約率	(注1÷注2) %

3. 一律値引き契約の実績

(1) 一律値引き契約の実績の有無

□ 有 □ 無



調剤基本料

改定のポイント

- ※ 以下のいずれかに該当する薬局は、所定点数から2点減算（注6）
（処方箋受付回数月600回以下を除く）
- ・ 後発医薬品の使用割合が2割以下
（処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。）
 - ・ 後発医薬品の使用割合を厚生局に報告していない

後発医薬品の使用割合が低いと、減算の対象になります。

経過措置
平成30年9月30日まで

71報告、直近1年間

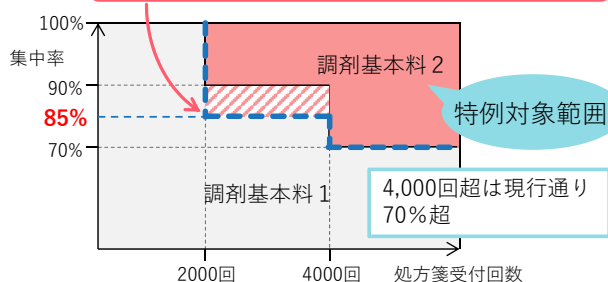
- 処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないもの
直近1月間の処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更可のある処方箋の受付回数が50%以上の場合

調剤基本料

改定のポイント

- ※ 特例対象範囲が広がります（調剤基本料2）。
- ・ 処方箋受付回数月2,000回超かつ集中度85%超
 - ・ 特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超
（同一建物内の医療機関からの処方箋は合算*1）
 - ・ 同一グループで集中度が最も高い医療機関が同じ場合は合算した受付回数が月4000回超*2

2,000回超の集中度が引き下げられます。



*1の例

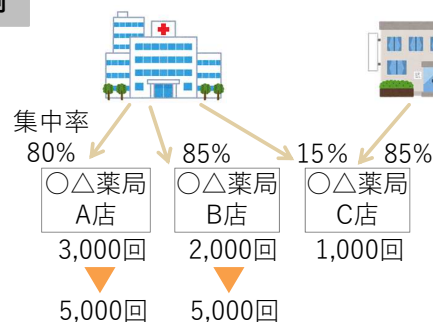
ビル		
4F	眼科	1,000回
3F	皮膚科	2,000回
2F	内科	1,500回
1F	薬局	

現行では4,000回超はない
合算すると4,500回となり、4,000回超となる

外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった建築物の主要な構造部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続しているものは一つの建築物とみなす

医療モールなど注意！

*2の例



A店、B店は、集中度が一番高い医療機関が同一なので、受付回数を合算して考える。

調剤基本料



改定のポイント

- ※ グループ全体の処方箋受付回数が多い、特に大型の門前薬局の評価がさらに適正化されます。（調剤基本料3）
- ※ 同一敷地内薬局の評価が厳しくなります。（特別調剤基本料）

down ↓

調剤基本料3のイ

- 同一グループの薬局の処方箋受付回数の合計が月4万回超40万回以下
- 自薬局が次のいずれかに該当
 - ・ 特定の医療機関との間で不動産の賃貸借関係
 - ・ 集中度85%超

調剤基本料3のロ

- 同一グループの薬局の処方箋受付回数の合計が月40万回超
- 自薬局が次のいずれかに該当
 - ・ 特定の医療機関との間で不動産の賃貸借関係
 - ・ 集中度85%超



集中度は現行の95%より引き下げられます。

特別調剤基本料

- 病院と不動産取引等その他の特別な関係がある
- その病院の集中度が95%超

「病院」に限定されています。
診療所は対象外。

調剤基本料



改定のポイント

- ※ 医療資源の少ない地域の中で、医療提供体制が特に限定的な区域に所在する薬局は、調剤基本料の特例対象から除外されます。

次のすべてに該当すること

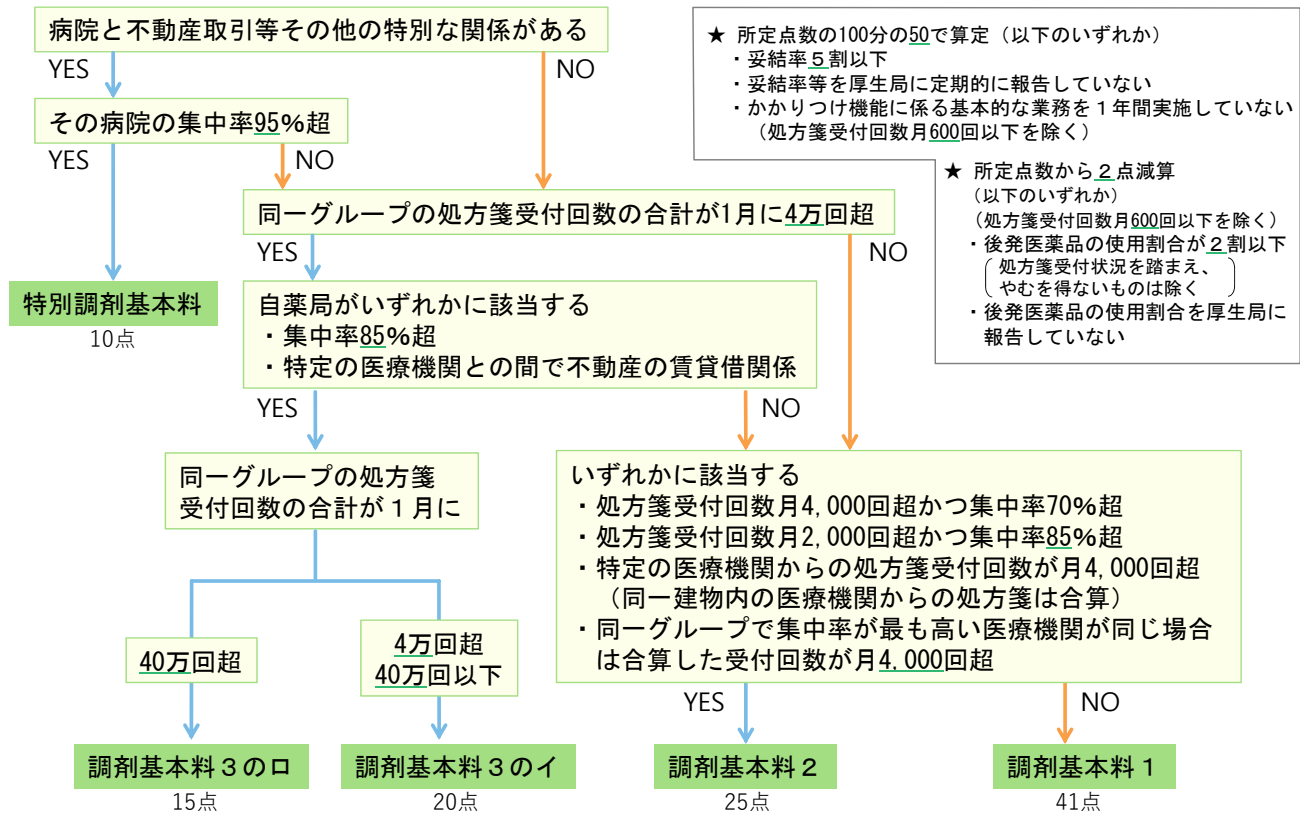
- 「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）の別表第六の二に規定する地域に所在。
- 処方箋受付回数が1月に2,500回以下。
- 中学校区内の医療機関数（歯科を除く。）が10以下であって、許可病床数200床以上の医療機関がない。
ただし、集中度が7割を超える医療機関が中学校区外にある場合は、その医療機関を含むものとする。

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域（中国・四国地方抜粋）

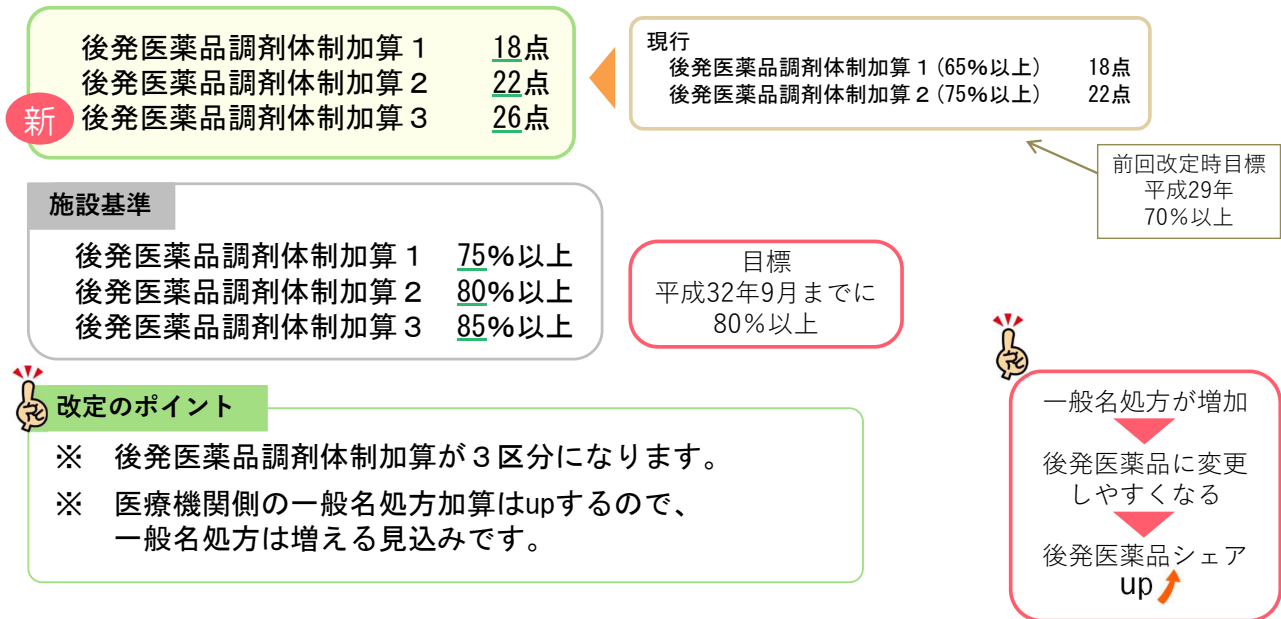
- ・ 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
- ・ 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域
- ・ 香川県小豆郡の地域
- ・ 高知県須崎市、中土佐町、橋原町、津野町及び四万十町の地域



調剤基本料フローチャート



後発医薬品調剤体制加算



《参考》医療機関の診療報酬

一般名処方加算 1 6点

一般名処方加算 2 4点

up

現行

一般名処方加算 1 3点

一般名処方加算 2 2点

地域支援体制加算

新

地域支援体制加算 35点

現行
基準調剤加算 32点



改定のポイント

- ※ 基準調剤加算が廃止されます。
- ※ 基準調剤加算は調剤基本料1の薬局のみ算定できましたが、地域支援体制加算は、要件を満たせばどの調剤基本料でも算定できます。
- ※ 調剤基本料1以外の薬局は、「地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績」が必要となります（施設基準(1)）。

【届出】様式87の3
様式87の3の2

様式87の3 地域支援体制加算の施設基準に係る届出書提出書

1. 申請者の届出事項	2. 申請者の届出事項
(1) 申請者の届出事項	(1) 申請者の届出事項
(2) 申請者の届出事項	(2) 申請者の届出事項
(3) 申請者の届出事項	(3) 申請者の届出事項
(4) 申請者の届出事項	(4) 申請者の届出事項
(5) 申請者の届出事項	(5) 申請者の届出事項
(6) 申請者の届出事項	(6) 申請者の届出事項
(7) 申請者の届出事項	(7) 申請者の届出事項
(8) 申請者の届出事項	(8) 申請者の届出事項
(9) 申請者の届出事項	(9) 申請者の届出事項
(10) 申請者の届出事項	(10) 申請者の届出事項
(11) 申請者の届出事項	(11) 申請者の届出事項
(12) 申請者の届出事項	(12) 申請者の届出事項

様式87の3の2 地域支援体制加算の施設基準に係る届出書提出書

1. 申請者の届出事項	2. 申請者の届出事項
(1) 申請者の届出事項	(1) 申請者の届出事項
(2) 申請者の届出事項	(2) 申請者の届出事項
(3) 申請者の届出事項	(3) 申請者の届出事項
(4) 申請者の届出事項	(4) 申請者の届出事項
(5) 申請者の届出事項	(5) 申請者の届出事項
(6) 申請者の届出事項	(6) 申請者の届出事項
(7) 申請者の届出事項	(7) 申請者の届出事項
(8) 申請者の届出事項	(8) 申請者の届出事項
(9) 申請者の届出事項	(9) 申請者の届出事項
(10) 申請者の届出事項	(10) 申請者の届出事項
(11) 申請者の届出事項	(11) 申請者の届出事項
(12) 申請者の届出事項	(12) 申請者の届出事項

地域支援体制加算

主な施設基準

- (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績がある。
- (2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている。
- (3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している。
- (4) 一定時間以上開局している。
- (5) 十分な数の医薬品を備蓄している。
- (6) 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供している。
- (7) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、24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。
- (8) 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。
- (9) 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。
- (10) 医療安全に資する取組実績の報告を行っている。
- (11) 集中率が85%を超える場合にあっては、後発医薬品使用割合が5割以上である。
- (12) 調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。
 - ① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けている。
 - ② 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。
 - ③ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っている。

調剤基本料1の場合、
(1)は要件とはならない。
(12)が要件となる。

Q&A

基準調剤加算と共通する施設基準については、その取り扱いに変更はない

基準調剤加算と同様

地域支援体制加算

地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績の基準

調剤基本料 1 以外の薬局のみ

1 年に常勤薬剤師 1 人当たり、以下の全ての実績を有すること。

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回 直近 1 年間の実績
- ② 麻薬管理指導加算の実績 10回
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回
- ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回
- ⑦ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理の実績 12回
- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回

経過措置

平成30年9月30日まで

常勤薬剤師 1 人当たり 1 回以上

経過措置

平成30年9月30日まで

Q&A

改定前の同一建物居住者以外の場合の算定回数を含めてよい

※かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、相当する業務を実施した場合を合計する。ただし、当該業務を実施したことがわかるよう、薬歴に詳細を記載する。

常勤換算

常勤薬剤師数は、届出前 3 月の勤務状況に基づき、以下の①及び②により小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで算出する。

- ① 当該保険薬局における実労働時間が週32時間以上である保険薬剤師は1名とする。
- ② 当該保険薬局における実労働時間が週32時間に満たない保険薬剤師については、実労働時間を32時間で除した数とする。

地域支援体制加算

医療安全に資する取組実績

- 前年 1 年間（1 月 1 日～12月31日）に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を提供した実績を有し、薬局機能情報提供制度において「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」としていること。

経過措置：平成31年3月31日まで

※ 届出には、薬局機能情報提供制度における当該保険薬局に係る掲載内容の写し及び取組実績があることを確認できる資料の写しの添付が必要です。

- 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。

※ 届出には、手順書の写しの添付が必要です。

経過措置：平成30年9月30日まで

周知

地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

薬局機能情報提供制度の改正

平成31年1月1日施行

プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無

プレアボイドとは、Prevent and avoid the adverse drug reaction（薬による有害事象を防止・回避する）という言葉に基づいた造語であり、医療機関では一般社団法人日本病院薬剤師会においても薬剤師が薬物療法に直接関与し、薬学的患者ケアを実践して患者の不利益（副作用、相互作用、治療効果不十分など）を回避あるいは軽減した事例をプレアボイドと称して報告を収集し、共有する取組が行われているが、近年では、医療機関だけではなく、薬局における副作用等の健康被害の回避症例等も収集し、当該情報を医療機関等の関係者と連携して共有する取組も行われている。薬局においてこのような取組に参加し、事例の提供を行っている場合は「有」とし、それ以外の場合は「無」とすること。

また、当該項目に該当する取組として、2(2)(ii)の薬局医療安全対策推進事業におけるヒヤリ・ハット事業の「参加薬局」として登録を行うだけでなく、薬局機能情報提供制度実施要領（平成19年3月26日付け薬食発第0326026号厚生労働省医薬食品局長通知別添）4(2)①の都道府県が定める期日（以下「報告期日」という。）の前年1年間（1月1日～12月31日）に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を報告した場合も「有」として差し支えない。

ヒヤリ・ハット事業：公益財団法人日本医療機能評価機構が実施

2017.10.6「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」

医薬関係者（医師・薬剤師等）による副作用報告について

- ◆ 近年の医療用後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及、ポリファーマシーによる医薬品単剤のみではない複合的な副作用の発生等、医薬品の安全性を取り巻く環境変化を考慮し、製薬企業経由のみならず、医薬関係者から国・PMDAへの直接報告を推進することが重要。
- ◆ 医薬品医療機器法第68条の10第2項において規定されており、医療機関等においては、その重要性を踏まえて必要な対応に努めることが不可欠
- ◆ このため、「医薬関係者の副作用報告ガイドンス骨子」を踏まえ、今後、医療従事者が報告体制を整えるための手引きが整備されることとなっている。

（参考）近年の医薬品の副作用報告数の推移

	企業報告	医薬関係者からの報告
平成24年度	41,413	4,147
平成25年度	38,427	5,420
平成26年度	49,276	6,180
平成27年度	51,065	6,129

組織的な医療安全対策の強化の一環として、副作用の早期発見や速やかな報告体制の強化が重要。

「医薬関係者の副作用報告ガイドンス骨子」

平成29年7月10日付け医薬・生活衛生局総務課・医薬安全対策課事務連絡

1. 速やかに報告する副作用

- 死亡、障害及びそれらにつながるおそれのある症例等について、重篤度分類基準を参考として、重篤なもの（グレード3）を15～30日を目標に当局に報告

2. 医療機関の対応について

- 医療機関内での診療科間、診療科と薬剤部門間における情報共有、連携。連携方法のあらかじめの共有。
- 副作用が疑われる症例に関する情報の医療機関内での集約・一元化。管理者を定め、情報の恒常的な把握。

3. 薬局の対応について

- 処方した医療機関への受診勧奨によるフィードバック。患者の副作用、検査値等の情報共有。
- 情報共有の結果、薬局から副作用報告を行うこととした場合、提出に際し、処方した医療機関は連名として記入する。

（医薬品医療機器等法第68条の10第2項）薬局開設者、病院、診療所若しくは飼育動物診療施設の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師、登録販売者、獣医師その他の医薬関係者は、医薬品、医療機器又は再生医療等製品について、当該品目の副作用その他の事由によるものと疑われる疾病、障害若しくは死亡の発生又は当該品目の使用によるものと疑われる感染症の発生に関する事項を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に報告しなければならない。（報告先は、医薬品医療機器等法第68条の13第3項の規定により、PMDAとされている。）

薬剤服用歴管理指導料

原則 6 月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 41点 up ↑
 それ以外の患者に対して行った場合 53点
 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

お薬手帳を持参していない患者の場合 53点
 (調剤基本料 1 以外の場合はずべての患者)

現行
 38点
 50点
 38点
 50点

Q&A

領収明細書に「手帳あり」「手帳なし」「6月外」等を記載



改定のポイント

※ レセプトの記載要領が変更になります。

現行

薬剤服用歴管理指導料 1 の場合 : 薬A
 薬剤服用歴管理指導料 2 の場合 : 薬B
 薬剤服用歴管理指導料 3 の場合 : 薬C
 薬剤服用歴管理指導料の注 1 の
 ただし書きに該当する場合 : 薬D

改定後

	薬剤服用歴管理指導料を算定する場合			
	調剤基本料 1 を算定す る薬局	調剤基本料 1 以外の調 剤基本料を 算定する薬 局	薬剤服用歴 管理指導料 3 を算定す る薬局	薬剤服用歴 管理指導料 の特例を算 定する薬局
6 月以内 手帳あり	薬A (41点)	薬他A (53点)	薬3A (41点)	薬特A (13点)
6 月以内 手帳なし	薬B (53点)	薬他B (53点)	薬3B (41点)	薬特B (13点)
6 月超	薬C (53点)	薬他C (53点)	薬3C (41点)	薬特C (13点)



Copyright©2018 Kyoko Ueda a member of UnitedServe Co.,Ltd.

15

薬剤服用歴管理指導料



改定のポイント

経過措置：平成31年3月31日まで

(H30.4.1～H31.2.28の実績でH31.4.1から適用)

※ お薬手帳の活用実績が低い場合、
 (6 月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参した患者の割合が50%以下)
 特例として13点となり、注3から注6の加算が算定できなくなります。
 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
 注5：特定薬剤管理指導加算 注6：乳幼児服薬指導加算

小数以下
四捨五入

【割合の計算方法】

$$\frac{A}{A + B}$$

(算定回数)

6 月以内に再度処方箋を持参した患者

左記以外の患者

お薬手帳 持参あり (A)	お薬手帳 持参なし (B)	
------------------	------------------	--

※ 前年 3 月 1 日から当年 2 月末日までの実績 → 当年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日まで適用する。
 ※ 該当した場合であっても、直近 3 月間における実績により、50%を上回った場合には対象外とする。

Q&A

月単位で判断。3 月間で算出した割合が50%を上回った
 翌月から、通常の薬剤服用歴管理指導料を算定する。



Copyright©2018 Kyoko Ueda a member of UnitedServe Co.,Ltd.

16

薬剤服用歴管理指導料

薬歴の記載事項

現行

- 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・副作用歴等の情報
- 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 残薬の状況
- ク 患者の服薬中の体調の変化
- 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 合併症を含む既往歴に関する情報
- サ 他科受診の有無
- シ 副作用が疑われる症状の有無
- ス 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
- セ 後発医薬品の使用に関する患者の意向
- ソ 手帳による情報提供の状況
- タ 服薬指導の要点
- チ 指導した保険薬剤師の氏名

改定後

- 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

薬剤服用歴管理指導料



改定のポイント

- ※ 抗菌薬の適正使用に関する要件が追加されます。

「抗微生物薬適正使用の手引き」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000120172.html>

【要件】

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

Q&A

普及啓発の取組としては、患者に説明するほか、院内にパンフレットを置くことやポスターを掲示する等の対応を行っていること。

【薬剤師から患者への説明例：抗菌薬が出ていない場合の対応例】

あなたの「風邪」には、医師による診察の結果、今のところ抗生物質（抗菌薬）は必要ないようです。むしろ、抗生物質の服用により、下痢等の副作用を生じることがあり、現時点では抗生物質の服用はお勧めできません。代わりに、症状を和らげるようなお薬が医師より処方されているのでお渡しします。ただし、色々な病気の最初の症状が「風邪」のように見えることがあります。3日以上たっても症状が良くなってこない、あるいはだんだん悪くなってくるような場合や、食事や水分がとれなくなった場合は、もう一度医療機関を受診するようにしてください。

服用薬剤調整支援料

新

服用薬剤調整支援料 125点



地域支援体制加算の「地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績」に必要です

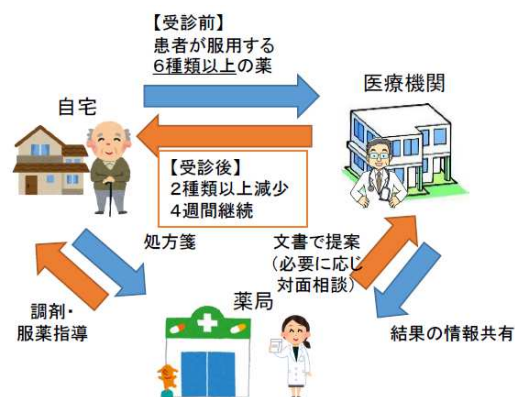
算定要件

Q&A 浸煎薬及び湯薬は含まれない

6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- (1) 当薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上（うち少なくとも1種類は薬剤師が提案したもの）減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当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。

Q&A 同時になくてよい



2018.3.5 厚生労働省資料

服薬情報等提供料

服薬情報等提供料 1 30点 up ↑
服薬情報等提供料 2 20点

現行
20点



改定のポイント

※ 医療機関からの求めによるものと、それ以外のものの2区分になります。

服薬情報等提供料 1 : 医療機関の求めがあった場合（月1回）

情報提供の内容

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報

次の場合は服薬情報等提供料 1 を算定可

- ・医療機関が残薬の報告を求めている場合の情報提供
- ・分割調剤 2 回目以降の情報提供
- ・入院前の服用薬の情報提供

服薬情報等提供料 2 : 患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合

情報提供の内容

- ・医薬品緊急安全性情報や医療機器等安全性情報など
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導

次の場合は服薬情報提供料 2 を算定可

- ・残薬を確認し、薬剤師が必要性を認めて、医療機関へ情報提供

Q&A 患者の同意を得るなどの要件を満たせば、介護にかかわっている介護支援専門員等からの求めに応じ、服薬状況の確認及び必要な指導の内容について提供した場合に、服薬情報等提供料 2 を算定可。

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料

かかりつけ薬剤師指導料 73点
 かかりつけ薬剤師包括管理料 280点

up ↑

現行
 かかりつけ薬剤師指導料 70点
 かかりつけ薬剤師包括管理料 270点



改定のポイント

※ 薬剤師の在籍期間の要件が変更されます。

当該保険薬局に6月以上在籍 → 12月以上在籍

経過措置：平成30年9月30日まで

※ 常勤薬剤師が、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定が設けられます。

当該保険薬局に週32時間以上勤務 → 当該保険薬局に週32時間以上勤務



32時間以上勤務する薬剤師を1人以上届け出れば、育児・介護休業法での短時間勤務の薬剤師もかかりつけ薬剤師として登録できます。

32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法で定める期間は週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。

※ かかりつけ薬剤師は、患者から血液検査などの結果の提供がある場合に、それを参考に薬学的管理・指導を行うことが明確化されます。

Q&A 例えば、腎機能低下により投与量の調節が必要な薬剤が処方されている患者に対して、腎機能検査結果（Cr、eGFR）を参照するなどにより、用法・用量の適切性や有害事象の発現の有無を確認することが想定される。



かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料

同意について

- 当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者の同意を得る。
 - ア かかりつけ薬剤師の業務内容
 - イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等
 - ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用
 - エ 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由
- 患者に同意書への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る。
- かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。
- 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。

同意書へ記入

同意書の様式(例)

改定前に取得した
 同意書は引き続き有効

かかりつけ薬剤師指導料について	
《かかりつけ薬剤師が実施すること》	
1 安心して薬を使用いただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。	
2 お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。	
3 お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。	
4 処方箋や地域の医療に関する他の医療者（看護士等）との連携を図ります。	
5 緊急時対応・時間外を問わず、お問い合わせに応じます。	
6 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。	
7 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。	
8 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。	
9 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることがあります。	
10 次回から、かかりつけ薬剤師指導料を算定します。	
《薬学的観点から必要と判断した理由》(薬剤師記入欄)	
《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)	
☐ 薬の一元的・継続的な把握 ☐ 薬の飲み合わせなどのチェック ☐ 薬に関する丁寧な説明 ☐ 時間外の電話相談 ☐ その他	☐ 他の医療関係者との連携 ☐ 飲み残した場合の薬の整理 ☐ 調剤後のフォロー ☐ 在宅療養が必要になった場合の対応

かかりつけ薬剤師()に関する情報
【経歴】
【認定薬剤師、専門薬剤師資格】
【修了した研修】
【論文、学会発表の実績】
【所属学会・団体、その他】
【連絡先】



在宅患者訪問薬剤管理指導料

単一建物診療患者が1人の場合 **650点**
 単一建物診療患者が2～9人の場合 **320点**
 それ以外の場合（10人以上） **290点**

現行
 同一建物居住者以外の場合 650点
 同一建物居住者の場合 300点



改定のポイント

※ 単一建物診療患者の人数に応じて、3区分になります。



同日に訪問する人数ではありません。

単一建物診療患者とは

1つの建物に居住する、当薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者の人数

例. 1つの建物に30人居住していて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定しているのは5人

単一建物診療患者の人数＝5人

※ ユニット数が3以下のグループホームについては、それぞれのユニットにおいて、人数をカウントします。



※以下の場合は、単一建物診療患者の人数は1人とみなします。

レセプト記載が必要です
38ページ参照

例外1. 同居する同一世帯に、訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以上いる。

例外2. 訪問薬剤管理指導を行う患者の人数が、戸数の10%以下。

例外3. 1つの建物の戸数が20戸未満で、訪問薬剤管理指導を行う患者の人数が2人以下。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

算定例1.

1棟**30戸**で在宅訪問をしているのが**3人**

戸数の10%以下なので、例外2により、
単一建物診療患者の人数は1人となります。

同日に1人訪問しても3人訪問しても
650点／1人

算定例2.

1棟**30戸**で在宅訪問をしているのが**4人**

戸数の10%を超えているので、
単一建物診療患者の人数は4人となります。

同日に1人訪問しても4人訪問しても
320点／1人

算定例3.

1棟**19戸**で在宅訪問をしているのが**2人**

戸数が20戸未満なので、例外3により
単一建物診療患者の人数は1人となります。

同日に1人訪問しても2人訪問しても
650点／1人

算定例4.

1棟**20戸**で在宅訪問をしているのが**3人**

戸数が20戸未満でないし、10%超なので、
単一建物診療患者の人数は3人となります。

同日に1人訪問しても3人訪問しても
320点／1人

《参考》居宅療養管理指導費（介護保険）

現行 同一建物居住者以外の場合 503単位
 同一建物居住者の場合 352単位

単一建物診療患者が1人の場合 **507単位**
 単一建物診療患者が2～9人の場合 **376単位**
 それ以外の場合（10人以上） **344単位**

調剤料

内服薬調剤料

15日以上21日分以下の場合	67点
22日以上30日分以下の場合	78点
31日以上の場合	86点

down ↓

現行

70点
80点
87点



改定のポイント

- ※ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬調剤料は、今回も点数が下がります。

無菌製剤処理加算

中心静脈栄養法用輸液の場合	67点
抗悪性腫瘍剤の場合	77点
麻薬の場合	67点

up ↑

現行

65点
75点
65点

乳幼児加算はそれぞれ135点、145点、135点

130点、140点、130点



改定のポイント

- ※ 無菌製剤室を共同利用した場合の費用について、無菌製剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の両者の合議とすることが明確にされます。



乳幼児に対する評価



改定のポイント

- ※ 乳幼児に対する加算が新設、評価されます。

薬剤服用歴管理指導料

乳幼児服薬指導加算 12点

up ↑

現行
10点

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

新

乳幼児加算 100点

無菌製剤処理加算の乳幼児加算

中心静脈栄養法用輸液の場合	135点
抗悪性腫瘍剤の場合	145点
麻薬の場合	135点

up ↑

現行

130点
140点
130点



分割調剤

改定のポイント

※ 分割調剤の手続きの明確化・合理化を図る観点から、分割調剤に係る処方箋様式が追加され、具体的な取り扱いが明確になります。

分割調剤に係る留意事項

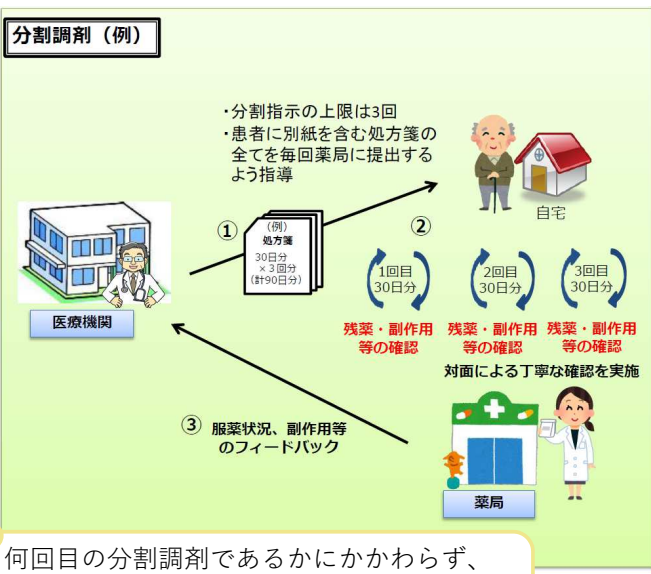
- ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参すべきである旨を説明する。
- イ 患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。
- ウ 患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

その他

別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

Q&A

何回目の分割調剤であるかわからず、別紙を含む全ての処方箋が提出されない場合は、処方箋を受け付けられない



分割調剤

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 〇分割の〇枚目

分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数（回数）を付記する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 〇〇〇-XXXX-XXXX FAX番号 〇〇〇-XXXX-XXXX

その他の連絡先 メールアドレス XXXX@XXX.XX.jp

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局 1 回目の分割指示に基づき 28 日分を調剤

名称 △△薬局

所在地 △△△△△△△△△△

保険薬剤師氏名 △△△△

調剤年月日 平成30年5月1日

2 回目を受け付けた保険薬局（調剤済み）

名称 △△薬局

所在地 △△△△△△△△△△

保険薬剤師氏名 △△△△

調剤年月日 平成30年5月29日

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 △△薬局

所在地 △△△△△△△△△△

保険薬剤師氏名 △△△△

調剤年月日

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

分割調剤

Q&A

例えば、分割指示が3回の場合、それぞれの分割調剤を実施する日に、当該処方箋について分割調剤を実施しない場合に算定する点数（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）を合算した点数の3分の1に相当する点数を算定する。

例. 90日処方 → 30日×3回の分割指示、調剤時に一包化を行う。

※薬剤料は調剤した分を算定

《1回目》 時間外受付	《2回目》	《3回目》 時間外受付
・調剤基本料 41点	・調剤基本料 41点	・調剤基本料 41点
・地域支援体制加算 35点	・地域支援体制加算 35点	・地域支援体制加算 35点
・調剤料(2剤の場合)(90日分) 172点	・調剤料(2剤の場合)(90日分) 172点	・調剤料(2剤の場合)(90日分) 172点
・一包化加算(90日分) 220点	・一包化加算(90日分) 220点	・一包化加算(90日分) 220点
・時間外加算 248点	・薬剤服用歴管理指導料 41点	・時間外加算 248点
・薬剤服用歴管理指導料 41点	・服薬情報等提供料 1 30点	・薬剤服用歴管理指導料 41点
計 757点	計 539点	計 787点
$757点 \times 1/3 = 252.3$ ↓ 252点 + 薬剤料(30日分)	$539点 \times 1/3 = 179.6$ ↓ 180点 + 薬剤料(30日分)	$787点 \times 1/3 = 262.3$ ↓ 262点 + 薬剤料(30日分)

小数点以下第一位四捨五入

2回目以降「服薬情報等提供料 1」算定可

医薬品

ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質



改定のポイント

- ※ 血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）の使用について、美容目的などの疾病の治療以外を目的としたものについては、保険給付の対象外である旨が明確化されます。
- ※ 審査支払機関において適切な対応がなされるよう周知されます。

算定要件

入院中の患者以外の患者に対して血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療であることが明らかであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

がん疼痛療法で使用する医療用麻薬



改定のポイント

- ※ 「投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬」に、タペンタドール及びヒドロモルフォンの2剤が追加されます。

明細書無料発行



改定のポイント

※ 電子レセプト請求を行っている場合、自己負担がない患者についても、自己負担がある患者と同様に、無料発行が原則義務となります。

《明細書の無料発行の現状》

		自己負担ありの患者	自己負担なしの患者
電子レセプト請求を行っていない 病院、診療所、保険薬局		特に規定なし  ここが義務化	
電子レセプト請求を 行っている	病院	無料発行義務あり	患者からの求めで無料発行義務あり (平成29年度末までの間、正当な理由※2がある場合は、交付することを要せず、有償で行うことができる。)
	診療所	無料発行義務あり (当分の間、正当な理由※2がある場合は、患者から求められたときに交付することで足り、有償で行うことができる。)	患者からの求めで無料発行義務あり (当分の間、正当な理由※2がある場合は、交付することを要せず、有償で行うことができる。)
	保険薬局		患者からの求めで無料発行義務あり (平成29年度末までの間、正当な理由※2がある場合は、交付することを要せず、有償で行うことができる。)
訪問看護ST		患者から求めがあれば発行に努める	

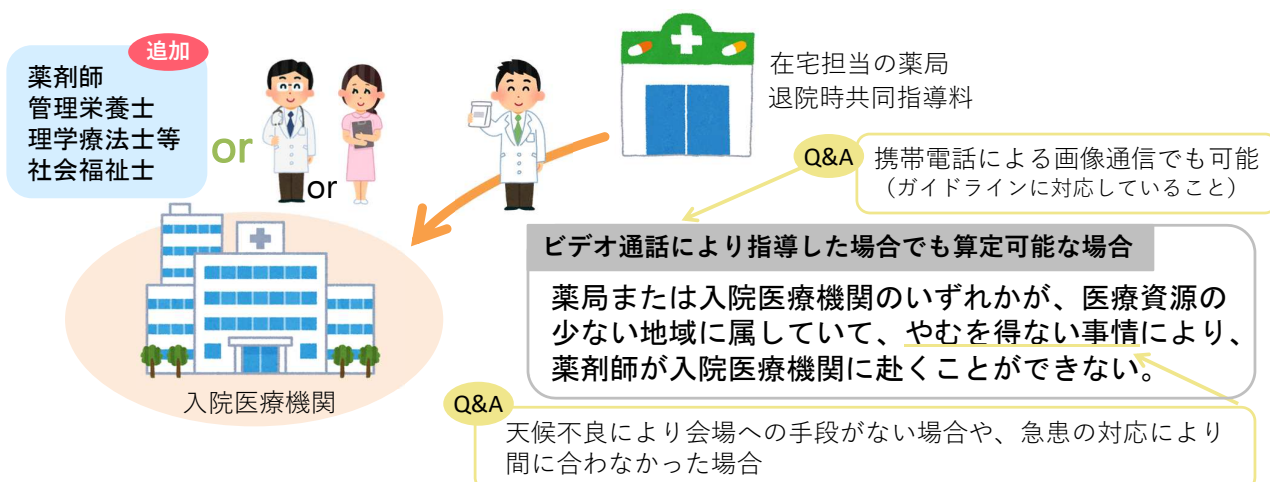
※2 正当な理由は、①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合又は②自動入金機の改修が必要な場合。



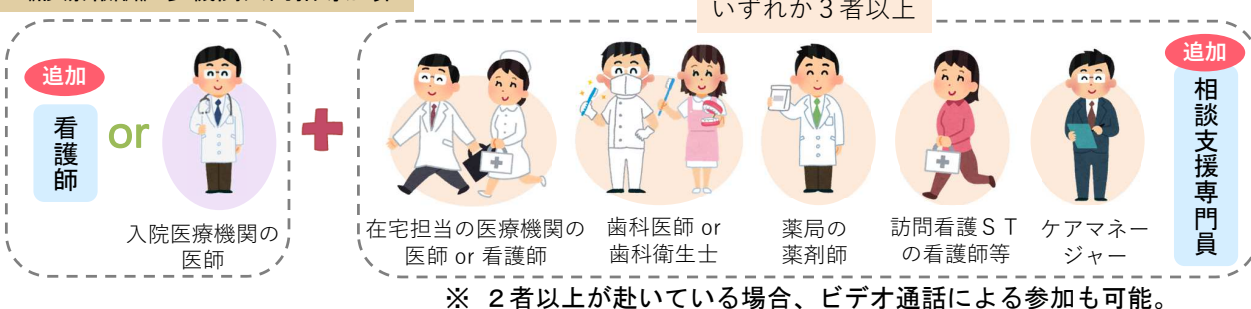
* MEMO *



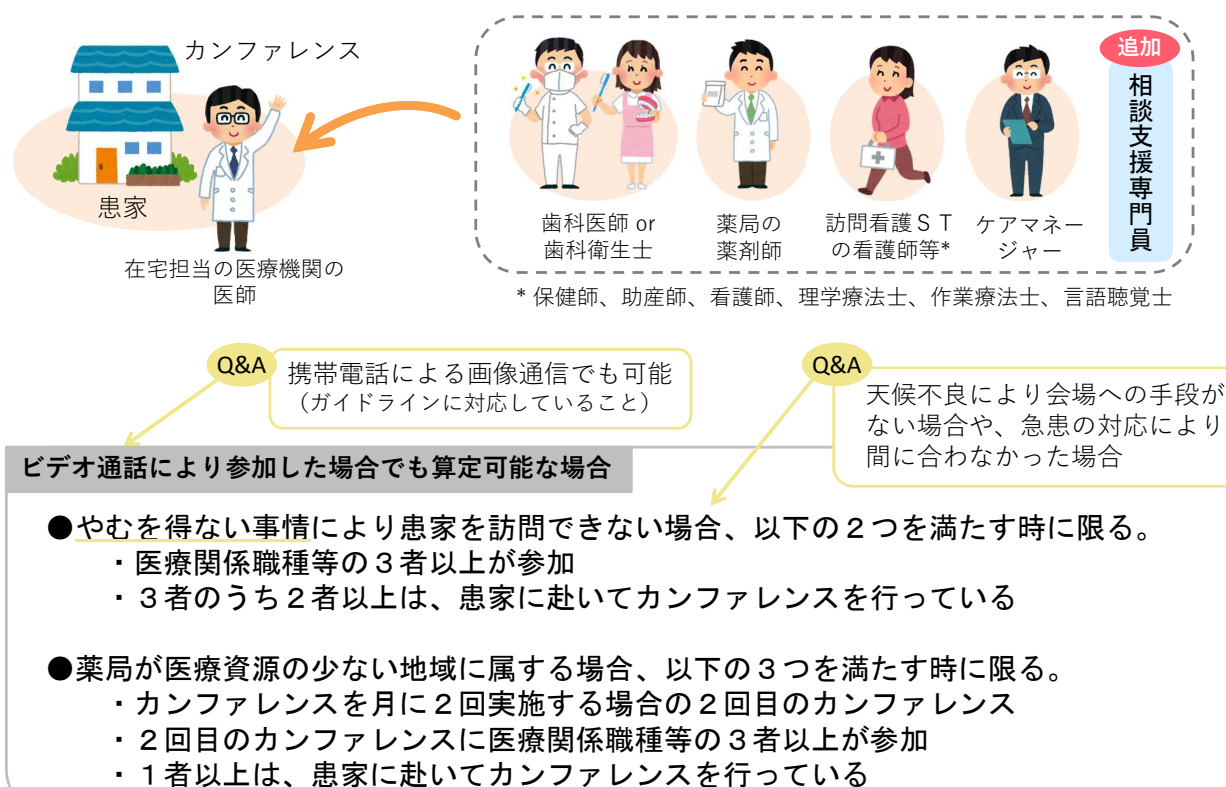
退院時共同指導料



《診療報酬》多機関共同指導加算



在宅患者緊急時等共同指導料



《参考》診療報酬・向精神薬調整連携加算



改定のポイント

- ※ 向精神薬の多剤処方等の状態にある患者について、減薬した上で薬剤師又は看護師と協働して症状の変化等の確認を行っている場合の点数が新設されます。

処方料、処方箋料

新

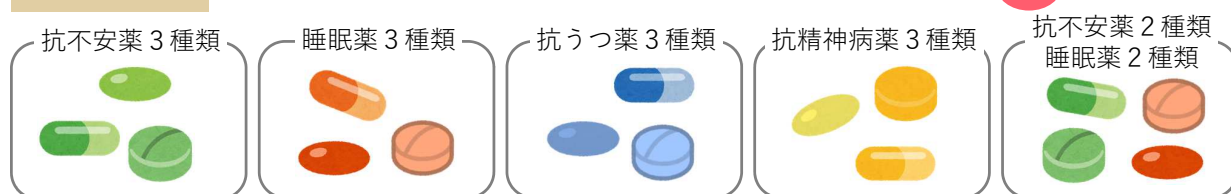
向精神薬調整連携加算 12点

医療機関への報告は「服薬情報等提供料1」算定可

【算定要件】

直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又はベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬を1年以上同一の用法・用量で継続処方していた患者であって、直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日あたり用量が減少したものについて、薬剤師（処方料については薬剤師又は看護職員）に処方内容の変更に伴う状態の変化の確認を指示した場合

多剤処方の例（臨時の投薬は除く）



患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く

参考資料

- ・PMDAからの医薬品適正使用のお願い（ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について）
- ・睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン

レセプト記載事項の変更点

調剤料（内服薬）

配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合

- 「調剤技術上の必要性」
- 「内服用固形剤と内服用液剤」
- 「服用方法が異なる」
- 「その他：（具体的な理由を記載）」

最も当てはまる理由をひとつ記載すること

在宅患者訪問薬剤管理指導料

以下のいずれかの場合

- ・同居する同一世帯に、訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以上いる場合
- ・訪問薬剤管理指導を行う患者の人数が、戸数の10%以下の場合
- ・1つの建物の戸数が20戸未満で、訪問薬剤管理指導を行う患者の人数が2人以下の場合
- ・ユニット数が3以下のグループホームのそれぞれのユニットにおいて訪問薬剤管理指導を行う人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合

- 「同居する同一世帯の患者が2人以上」
- 「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」
- 「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」
- 「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」

該当するものを記載すること

施設基準の届出



※ 以下の項目については、平成30年4月以降に当該点数を算定するために届出が必要
(平成30年3月31日において現に当該点数を算定している保険薬局も届出が必要)

新たに施設基準が創設されたもの

医療資源の少ない地域

- 調剤基本料の特例除外（注1のただし書に規定する届出） 様式87の2
- 地域支援体制加算 様式87の3（様式87の3の2）、様式4

施設基準が改正されたもの

- 調剤基本料2、3のイ、3のロ 様式84
(※平成30年3月31日現在で調剤基本料1を算定していて、変更がない場合は届出不要)
- 後発医薬品調剤体制加算1、2、3 様式87

施設基準の届出

(参考) その他、新たに報告が必要となるもの

病院と不動産取引等その他の特別な関係

- 特別調剤基本料（施設基準二の二（1）に該当する場合） 様式84
- 後発医薬品調剤割合の報告
(平成30年7月1日現在の報告により、平成30年10月1日から適用) 71報告(定例報告)、様式87
- 単品単価契約率、一律値引き契約に係る状況等の報告
(平成30年11月末までの報告により、平成31年度から適用) 様式85
- 薬剤服用歴管理指導料の特例（手帳の活用実績が低い場合のみ。平成30年4月から平成31年2月末までの実績をもとに平成31年度に適用） 様式84



平成30年4月1日から算定を行うためには、
平成30年4月16日（月曜日）必着

