保険調剤の理解のために
（令和７年度）

本資料は、令和７年度当初の時点の内容に基づいて作成しています。疑義解釈通知の発出等は随時行われるため、調剤報酬請求に当たっては、その時点での取扱いをご確認ください。

東北厚生局

保険調剤の理解のために

目次

Ⅰ　医療保険制度のしくみ ..... － 2 －
　１　医療保険制度の種類 ..... － 2 －
　２　医療保険制度の特徴 ..... － 2 －
　３　保険調剤のしくみ ..... － 2 －
　４　国民医療費（令和４年度） ..... － 3 －
Ⅱ　保険薬局、保険薬剤師の責務 ..... － 4 －
　１　保険薬局、保険薬剤師 ..... － 4 －
　２　保険調剤の基本的ルール ..... － 10 －
Ⅲ　調剤報酬点数表における留意事項 ..... － 14 －
　１　処方箋 ..... － 14 －
　２　調剤録 ..... － 17 －
　３　調剤報酬点数表（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号　別表第三。改正；令和６年厚生労働省告示第 262 号） ..... － 19 －
　３－１　通則 ..... － 21 －
　３－２　第１節　調剤技術料 ..... － 22 －
　３－３　第２節　薬学管理料 ..... － 33 －
　３－４　第３節　薬剤料 ..... － 77 －
Ⅳ　保険調剤に関するその他の留意事項 ..... － 79 －
　１　領収証等の交付 ..... － 79 －
　２　届出事項の変更 ..... － 80 －
　３　標示・掲示 ..... － 80 －
　４　医療保険と介護保険の給付調整 ..... － 81 －
　５　調剤報酬請求の適正化 ..... － 82 －
Ⅴ　健康保険法等に基づく指導・監査 ..... － 83 －
　１　根拠法令等 ..... － 83 －
　２　指導 ..... － 83 －
　３　監査 ..... － 84 －
　４　令和５年度における指導・監査等の実施状況（概況） ..... － 85 －
資料１　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 ..... － 87 －
資料２　療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（抄） ..... － 92 －
参考１　指導大綱 ..... － 94 －
参考２　監査要綱 ..... － 100 －

Ⅰ　医療保険制度のしくみ

1　医療保険制度の種類

わが国の医療保険は、サラリーマン等の被用者を対象とした被用者保険制度（健康保険（健保）、共済保険（共済）、船員保険（船保）等）と、自営業者等を対象とした国民健康保険制度とに大きく二分される。

高齢者は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく医療保険制度が適用となる。

医療保障の概要

- 医療保障
  - 被用者保険
    - 健康保険法（協会けんぽ、健康保険組合）
    - 各共済組合法（各省庁、地方職員共済組合等）
    - 船員保険法（協会けんぽ）
  - 国民健康保険 ― 国民健康保険法（都道府県、市町村、国保組合）
  - 後期高齢者医療制度 ―高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療広域連合）
  - 公費負担医療
    - 生活保護法、障害者総合支援法、
    - 母子保健法、感染症法、
    - 精神保健福祉法　　等
- 自費診療

2　医療保険制度の特徴

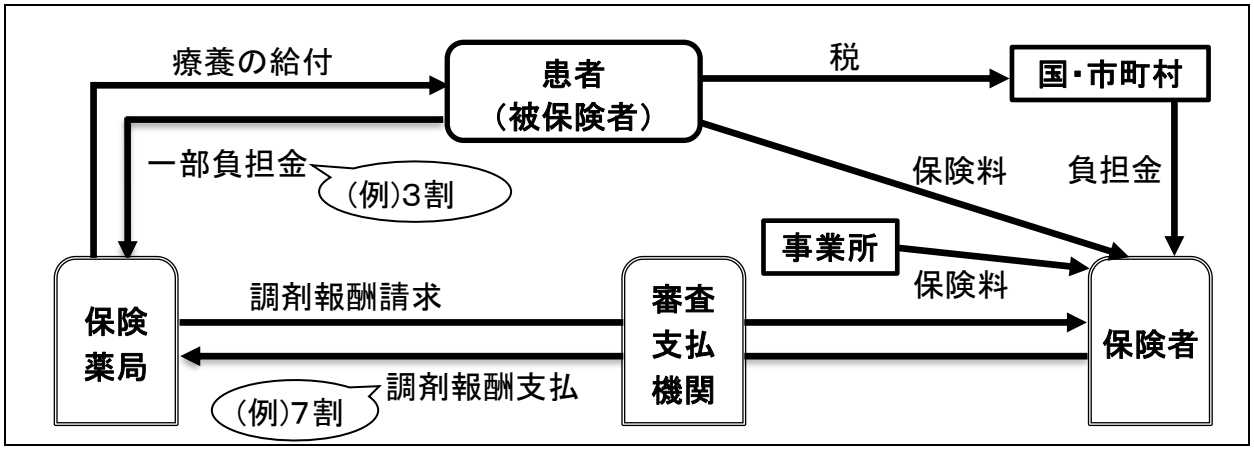
わが国の医療保険制度の特徴は、「国民皆保険制度」、「現物給付制度」、「フリーアクセス」の３点に集約される。

- 国民皆保険制度…すべての国民が、何らかの公的医療保険に加入している。
- 現物給付制度…医療行為（現物）が先に行われ、費用は保険者から医療機関へ事後に支払われる。
- フリーアクセス…自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる。

3　保険調剤のしくみ

患者は、保険薬局の窓口で一部負担金を支払い、残りの費用については、保険者から審査支払機関を通じ、保険薬局に支払われることとなる。

この仕組みは健康保険法（大正11年法律第70号）その他の医療保険各法に規定されており、保険調剤は「保険者と保険薬局との間で交わされた公法上の契約に基づく“契約調剤”」と称される。



４　国民医療費（令和４年度）

（１）国民医療費の状況

「令和４（2022）年度 国民医療費の概況」によると、令和４年度の国民医療費は46兆6,967億円、前年度の45兆359億円に比べ１兆6,608億円、3.7％の増加となっている。[1]

（２）財源別国民医療費

財源別にみると、公費は17兆6,837億円(構成割合37.9％)、そのうち国庫は11兆7,912億円（同25.3％）、地方は５兆8,925億円（同12.6％）となっている。保険料は23兆3,506億円(同50.0％)、そのうち事業主は10兆1,316億円（同21.7％）、被保険者は13兆2,189億円（同28.3％）となっている。また、その他は５兆6,625億円（同12.1％）、そのうち患者負担は５兆4,395億円（同11.6％）となっている。[1]

---

[1] https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/22/dl/kekka.pdf

Ⅱ　保険薬局、保険薬剤師の責務

１　保険薬局、保険薬剤師

（１）保険薬局

保険薬局の指定

薬局開設者の申請により厚生労働大臣が指定する。〔健康保険法第６５条〕

（２）保険薬剤師

「…保険薬局において健康保険の調剤に従事する薬剤師は、厚生労働大臣の登録を受けた…薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）でなければならない」と規定されている。〔健康保険法第６４条〕

この厚生労働大臣の登録は、薬剤師国家試験に合格し、薬剤師免許を受けることにより自動的に登録されるものではない。薬剤師自らの意思により、所在地を管轄する地方厚生（支）局長（所在地を所管する地方厚生（支）局の事務所がある場合には、当該事務所を経由）へ申請することにより行われる。〔健康保険法第７１条〕

様式第二号[2]

（表　面）

保険医
保険薬剤師　登録申請書

※登録の記号及び番号					
※登録年月日					
① 医師・歯科医師・薬剤師	氏名		明・大・昭・平・令　年　月　日生		男・女
② 医籍・歯科医籍・薬剤師名簿	登録番号		登録年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日	
③ 健康保険の診療・調剤に従事する病院・診療所・薬局	名称		担当診療科名		
	所在地				
④ 健康保険法第71条第2項第1号から第3号のいずれか(登録欠格事由)に該当	有・無	該当する法律名			
		内容			
		該当年月日			
		処分権者等			

上記のとおり申請します。
令和　年　月　日

地方厚生(支)局長
殿

医師若しくは歯科医師又は
薬剤師の氏名及び住所

（３）保険薬局、保険薬剤師の責務

ア　保険薬局

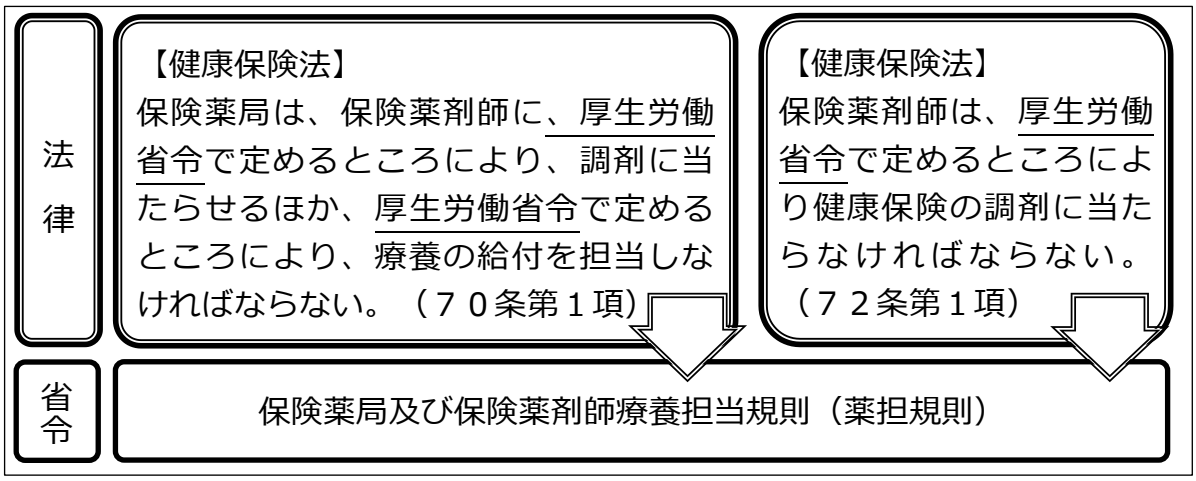
「…保険薬局は、…当該保険薬局において調剤に従事する保険薬剤師に、…厚生労働省令で定めるところにより、…調剤に当たらせるほか、**厚生労働省令で定めるところ**により、療養の給付を担当しなければならない。」とされている。〔健康保険法第７０条第１項〕

「…保険薬局において調剤に従事する保険薬剤師は、**厚生労働省令で定めるところ**により、健康保険の…調剤に当たらなければならない。」とされている。〔健康保険法第７２条第１項〕

これらでいう**厚生労働省令で定めるところ**は、「**保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則**（薬担規則）」（昭和32年厚生省令第16号）であり、保険調剤を行う上での基本

[2] 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令（昭和 32 年厚生省令第 13 号）

的な事項を定めている。



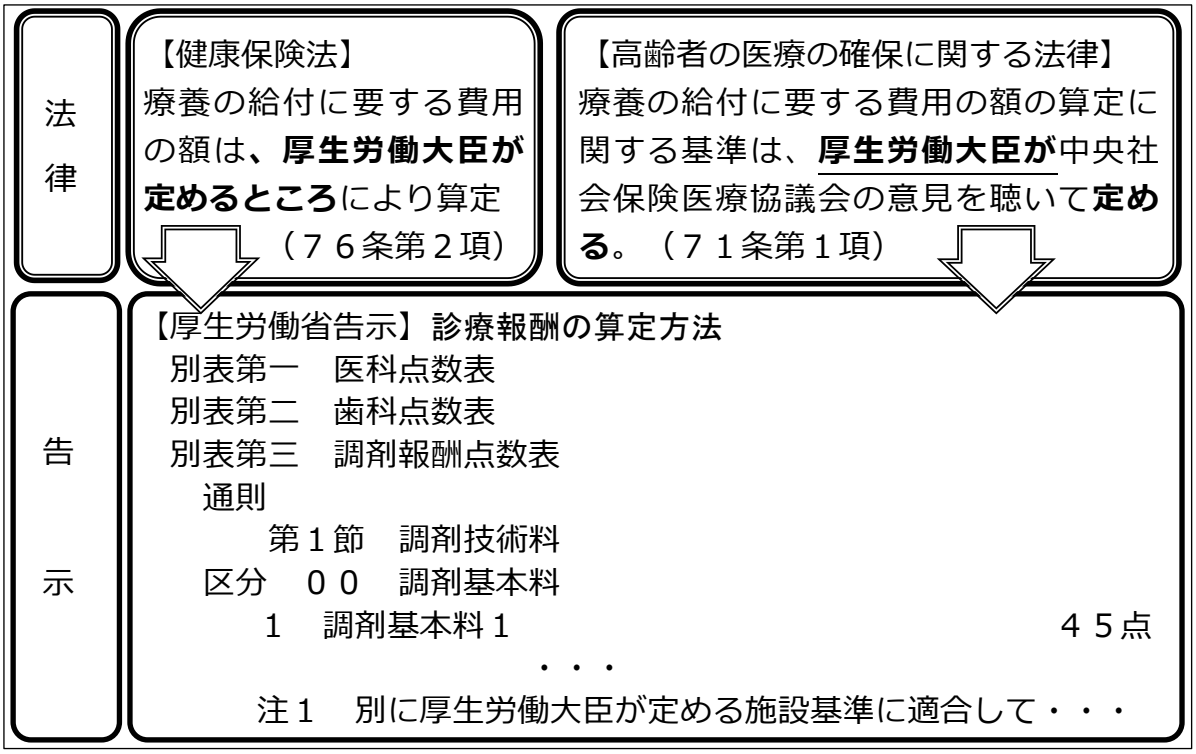
イ　保険薬剤師

健康保険法では、療養の給付に関する費用について、次のとおり規定されている。

第７６条　保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うものとし、保険医療機関又は保険薬局が療養の給付に関し保険者に請求することができる費用の額は、療養の給付に要する費用の額から、当該療養の給付に関し被保険者が当該保険医療機関又は保険薬局に対して支払わなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする。

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

ここでいう**厚生労働大臣が定めるところ**は、「**診療報酬の算定方法**」（平成20年厚生労働省告示第59号）であり、保険薬局に係る療養に要する費用の額は、同告示「**別表第三　調剤報酬点数表**」により、算定するものとされている。



（４）保険薬局及び保険薬剤師に関する主な関係法令

ア　医療法（昭和23年法律第205号）

医療の基本理念

薬剤師を医療の担い手として位置付け〔第１条の２第１項〕

調剤を実施する薬局を医療提供施設として位置付け〔第１条の２第２項〕

医師、薬剤師等の責務〔第１条の４〕

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

医薬関係者の責務〔第１条の５〕

第１条の５　（略）

２　薬局において調剤又は調剤された薬剤若しくは医薬品の販売若しくは授与の業務に従事する薬剤師は、薬剤又は医薬品の適切かつ効率的な提供に資するため、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第12条の２第３項の規定による情報の提供その他の厚生労働省令で定める方法によつて、医療を受ける者の薬剤又は医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設（医療法（昭和23年法律第205号）第1条の2第2項に規定する医療提供施設をいう。以下同じ。）において診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供することにより、医療提供施設相互間の業務の連携の推進に努めなければならない。

３　薬局開設者は、医療を受ける者に必要な薬剤及び医薬品の安定的な供給を図るとともに、当該薬局において薬剤師による前項の情報の提供が円滑になされるよう配慮しなければならない。

薬局の定義〔第２条第12項〕

第２条　（略）

１２　この法律で「薬局」とは、薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務並びに薬剤及び**医薬品の適正な使用に必要な情報の提供及び薬学的知見に基づく指導の業務を行う場所**（その開設者が併せ行う医薬品の販売業に必要な場所を含む。）をいう。（後略）

開設の許可（都道府県知事の許可）〔第４条〕

許可の基準〔第５条〕

第５条でいう厚生労働省令で定める基準：

・薬局等構造設備規則

・薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令

薬局の管理（薬局の管理者）〔第７条〕

管理者の義務（従業者の監督、構造設備・医薬品等の管理、開設者に対する意見）〔第８条〕

第８条　薬局の管理者は、保健衛生上支障を生ずるおそれがないように、その薬局に勤務する薬剤師その他の従業者を監督し、その薬局の構造設備及び医薬品その他の物品を管理し、その他その薬局の業務につき、必要な注意をしなければならない。

２　薬局の管理者は、保健衛生上支障を生ずるおそれがないように、その薬局の業務につき、**薬局開設者に対し、必要な意見を書面により述べなければならない。**

３（略）

薬局開設者の遵守事項（薬局業務に関する事項、管理者の意見の尊重）〔第９条〕

第９条　厚生労働大臣は、厚生労働省令で、次に掲げる事項その他薬局の業務に関し薬局開設者が遵守すべき事項を定めることができる。

一　（略）

二　薬局における調剤並びに調剤された薬剤及び医薬品の販売又は授与の実施方法に関する事項

２　薬局開設者は、第七条第一項ただし書又は第二項の規定によりその薬局の管理者を指定したときは、第八条第二項の規定により述べられた**薬局の管理者の意見**を尊重するとともに、法令遵守のために措置を講ずる必要があるときは、当該措置を講じ、かつ、**講じた措置の内容(措置を講じない場合にあつては、その旨及びその理由)を記録し、これを適切に保存しなければならない。**

薬局開設者の法令遵守体制〔第９条の２〕

第９条の２　薬局開設者は、薬局の管理に関する業務その他の薬局開設者の業務を適正に遂行することにより、薬事に関する法令の規定の遵守を確保するために、厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一　**薬局の管理に関する業務について、薬局の管理者が有する権限を明らかにすること。**

二　薬局の管理に関する業務その他の薬局開設者の業務の遂行が**法令に適合することを確保するための体制**、当該薬局開設者の薬事に関する業務に**責任を有する役員**及び従業者の業務の**監督に係る体制**その他の薬局開設者の業務の適正を確保するために必要なものとして**厚生労働省令で定める体制を整備すること。**

三　前二号に掲げるもののほか、薬局開設者の従業者に対して**法令遵守のための指針を示すこと**その他の薬局開設者の業務の適正な遂行に必要なものとして**厚生労働省令で定める措置**

２　薬局開設者は、前項各号に掲げる**措置の内容を記録し、これを適切に保存しなければならない。**

調剤された薬剤に関する情報提供及び指導等〔第９条の４〕

第９条の４　薬局開設者は、医師又は歯科医師から交付された処方箋により調剤された薬剤の適正な使用のため、当該薬剤を販売し、又は授与する場合には、厚生労働省令で定めるところにより、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に、対面（**映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に確認しながら通話することが可能な方法**その他の方法により**薬剤の適正な使用を確保することが可能であると認められる方法**として**厚生労働省令で定めるものを含む。**）により、**厚生労働省令で定める事項を記載した書面**を用いて**必要な情報を提供**させ、及び**必要な薬学的知見に基づく指導**を行わせなければならない。

２～４　（略）

５　第一項又は前項に定める場合のほか、薬局開設者は、医師又は歯科医師から交付された処方箋により調剤された薬剤の適正な使用のため必要がある場合として**厚生労働省令で定める場合**には、**厚生労働省令で定めるところ**により、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に、その調剤した薬剤を購入し、又は譲り受けた者の当該薬剤の使用の状況を継続的かつ的確に把握させるとともに、その調剤した薬剤を購入し、又は譲り受けた者に対して**必要な情報を提供**させ、又は**必要な薬学的知見に基づく指導**を行わせなければならない。

６　薬局開設者は、その薬局において薬剤の販売又は授与に従事する薬剤師に第一項又は第二項に規定する**情報の提供**及び**指導**を行わせたときは、**厚生労働省令で定め**

ところにより、当該薬剤師にその内容を**記録させなければならない。**

休廃止等の届出（薬剤師、営業時間等の変更）〔第１０条〕

薬局医薬品に関する**情報提供**及び**指導**等〔第３６条の４〕

情報の提供等〔第６８条の２の５〕

許可の取消し等〔第７５条〕

ウ　薬剤師法（昭和35年法律第146号）

薬剤師の任務（公衆衛生の向上及び増進）〔第１条〕

調剤（薬剤師以外の調剤の禁止）〔第１９条〕[3]、[4]

第１９条　薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる場合において自己の処方せんにより自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。

一～二　（略）

調剤の求めに応ずる義務〔第２１条〕

調剤の場所（薬局以外での調剤の禁止）〔第２２条〕

処方せんによる調剤〔第２３条〕

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

２　薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

処方せん中の疑義（疑義照会による確認）〔第２４条〕

第２４条　薬剤師は、処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせて、その疑わしい点を確かめた後でなければ、これによつて調剤してはならない。

情報の提供及び**指導**〔第２５条の２〕

第２５条の２　薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たつている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。

２　薬剤師は、前項に定める場合のほか、調剤した薬剤の適正な使用のため必要があると認める場合には、**患者の当該薬剤の使用の状況を継続的かつ的確に把握**するとともに、患者又は現にその看護に当たつている者に対し、**必要な情報を提供**し、及び**必要な薬学的知見に基づく指導**を行わなければならない。

処方せんへの記入等（調剤済みの旨、調剤年月日、記名押印等）〔第２６条〕

第２６条　薬剤師は、調剤したときは、その処方せんに、調剤済みの旨(その調剤によつて、当該処方せんが調剤済みとならなかつたときは、調剤量)、調剤年月日その他厚生労働省令で定める事項を記入し、かつ、記名押印し、又は署名しなければならない。

処方せんの保存（調剤済みとなった日から３年間の保存義務）〔第２７条〕

第２７条　薬局開設者は、当該薬局で調剤済みとなつた処方せんを、調剤済みとなつた日から三年間、保存しなければならない。

---

[3] 罰則

第２９条　第１９条の規定に違反した者（医師、歯科医師及び獣医師を除く。）は、３年以下の懲役若しくは１００万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

[4] なお、平成３１年４月２日付薬生総発 0402 第１号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知「調剤業務のあり方について」において、薬剤師が調剤に最終的な責任を有するということを前提として、薬剤師以外の者に実施させることが可能な業務の基本的な考え方が整理されている。

調剤録（備える義務、記載事項、最終の記入から３年間の保存義務）〔第２８条〕

第２８条　薬局開設者は、薬局に調剤録を備えなければならない。

２　薬剤師は、薬局で調剤したときは、厚生労働省令で定めるところにより、調剤録に厚生労働省令で定める事項[5]を記入しなければならない。

３　薬局開設者は、第一項の調剤録を、最終の記入の日から三年間、保存しなければならない。

[5] Ⅲの２　調剤録を参照。

２　保険調剤の基本的ルール

○　保険調剤は、健康保険法等の医療保険各法に基づく、保険者と保険薬局との間の「公法上の契約」による契約調剤である。

○　保険薬局の指定や保険薬剤師の登録は、健康保険法等で規定されている保険調剤のルール（契約の内容）を熟知していることが前提となる。

（１）保険調剤のルール（契約の内容）

健康保険法等の医療保険各法

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（薬担規則）

調剤報酬点数表

薬剤師法等の関係法令

（２）調剤報酬が支払われる条件

ア　次の条件を全て満たしていなければ調剤報酬の支払いを受けることはできない。

○保険薬剤師が

○保険薬局において

○健康保険法、薬剤師法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令の規定を遵守し

○「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（薬担規則）」の規定を遵守し

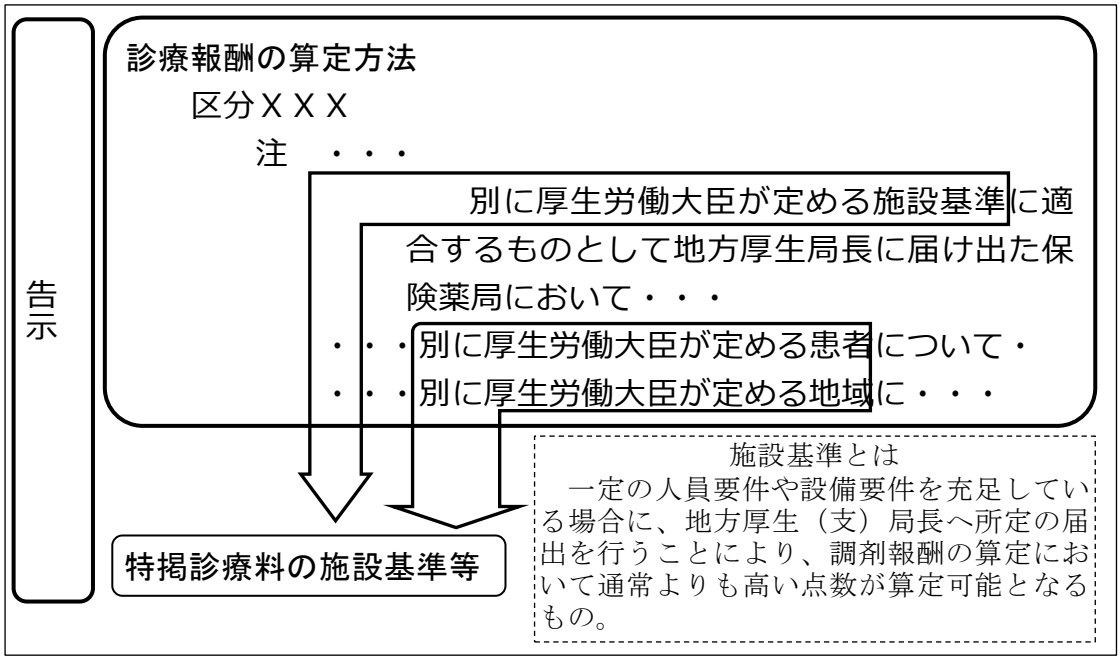
○薬学的に妥当適切な調剤（患者指導を含む）を行い

○調剤報酬点数表に定められたとおりに請求を行っている。

イ　上でいう、健康保険法、薬剤師法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令や「調剤報酬点数表」の定めは、種々あるところ、以下に、その一部を挙げる。

（ア）告示

診療報酬の算定方法の規定に基づく、「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号。改正；令和６年厚生労働省告示第264号）



（イ）通知

a　診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
（令和６年３月５日保医発 0305 第４号（留意事項通知））[6]・・・留

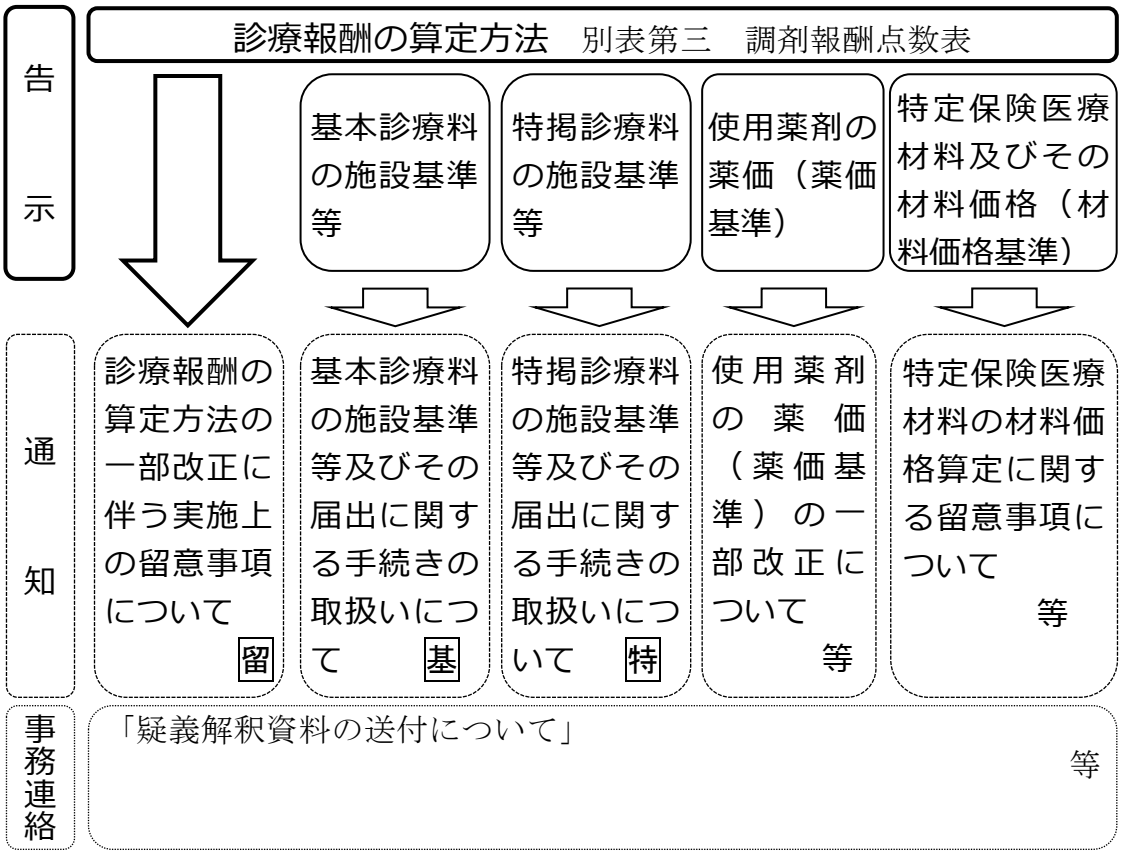
b　基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
（令和６年３月５日保医発 0305 第５号）[6]・・・基

c　特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
（令和６年３月５日保医発 0305 第６号）[6]・・・特

d　診療報酬請求書等の記載要領等について（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号。改正；令和６年３月 27 日保医発 0327 第５号）[6]

（ウ）事務連絡

疑義解釈資料の送付について（厚生労働省保険局医療課事務連絡）：診療報酬にかかる疑義解釈資料をとりまとめたもの



（３）健康保険事業の健全な運営の確保

薬担規則では、

ア　健康保険事業の健全な運営の確保の観点から、

①　保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと

[6] https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html に掲載されている。

を禁止する

② 保険医療機関又は保険医に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与することを禁止する[7]

とともに、「保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。」と規定されている[8]。〔薬担規則第２条の３〕

イ　保険薬局が、患者に対して、患者負担金の額に応じて当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることなど、経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引することを禁止し、

保険薬局が、事業者等に対して、患者を紹介する対価として金品を提供すること等により、患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引することを禁止[9]している。〔薬担規則第２条の３の２〕

ウ　保険薬剤師は、調剤に当たつては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならないと規定されている。〔薬担規則第９条の２〕

（４）後発医薬品の調剤[10、11]

保険医である医師又は歯科医師は、投薬又は処方箋の交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。[12、13]

保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。〔薬担規則第７条の２〕

保険薬剤師は、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。〔薬担規則第８条第３項〕

7　なお、保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）では、特定の保険薬局への誘導の禁止として、第２条の５第２項では保険医療機関につき、第１９条の３第２項では保険医につき、処方箋の交付に関し、「患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。」とされている。

8　平成８年３月８日保険発第 22 号「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（改正；令和６年３月５日保医発 0305 第 15 号）

9　平成 26 年３月５日保医発 0305 第 10 号「保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

10　平成 24 年３月５日保医発 0305 第 12 号「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」参照

11　令和６年３月 15 日事務連絡「現下の医療用医薬品の供給状況における変更調剤の取扱いについて」参照

12　療担規則第２０条第２号二並びに第３号ハ及び第２１条第２号二及び第３号ハ

13　平成 20 年３月 19 日保医発第 0319001 号「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」

POINT

- 保険薬局の指定、保険薬剤師の登録がなされたということは、自らの意志で**保険者との間で交わした公法上の契約に基づく調剤（保険調剤）を行う**ということである。
- 契約内容は、健康保険法、医薬品医療機器等法、薬剤師法、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則、厚生労働省告示等で規定されており、いわゆる法定約款である。
- 保険薬局、保険薬剤師は、法定約款を守り、保険調剤を担当する責務がある。
- 機会のある毎に契約内容である**関係法令、厚生労働省告示（算定要件）等を確認し、適正な保険調剤、調剤報酬の請求に当たらなければならない。**

Ⅲ　調剤報酬点数表における留意事項

１　処方箋

○　保険調剤に当たっては、処方箋が適正かどうか、また、処方されている医薬品が薬価基準収載品目等であり[14]、医薬品医療機器等法承認事項（効能・効果、用法・用量、禁忌等）等により処方されているかの確認が必要である。
○　上記等について疑義が生じた場合には、必ず保険医に疑義の照会を行うこと。
○　調剤済となった処方箋に必要な事項を適切に記入すること。

（１）受付・確認

ア　処方箋の確認等〔薬担規則第３条〕

・　保険医等[15]が交付したものであること（保険医等の署名又は記名押印の確認）
・　処方箋、電子資格確認[16]、被保険者証等により療養の給付を受ける資格があること

イ　使用期間の確認

処方箋の使用期間は、交付の日を含めて４日以内とされている。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合（この場合、処方箋の「処方箋の使用期間」欄に年月日が記載される。）は、この限りでない。[17]

「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」が記載されている処方箋（以下「リフィル処方箋」という。）による調剤を行う場合は、１回目の調剤を行うことが可能な期間については、使用期間に記載されている日までとする。２回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日（実際に投薬が終了する日）とし、その前後７日以内とする。[17、18]

保険薬剤師は、その処方せんの交付された日から起算して使用期間に記入された日数の間（すなわち、有効期間内）に提出された処方せんについて保険医（中略）より交付されたものであることを確認の上調剤を行うものとし、この使用期間をこえた処方せんについては、調剤してはならない。[19]

ウ　「処方」欄

14　保険医が患者に施用し、又は処方する医薬品については療担規則第１９条で、保険薬剤師が調剤に使用する医薬品については、薬担規則第９条で規定されており、当該各規定中、「厚生労働大臣が定める医薬品」は、療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号）で規定されている。具体的には、使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号）の別表に収載されている医薬品並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ等である。

15　健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師

16　保険薬局は、患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合において、患者が電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。〔薬担規則第３条第４項〕

17　療担規則第２０条第３号、第２１条第３号

18　令和６年３月５日保医発 0305 第４号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（留意事項通知）の別添３　調剤報酬点数表に関する事項

19　昭和 31 年３月 31 日保発第 41 号「新医薬制度の実施に伴う健康保険保険医療担当規程等の改正について」

（ア）「処方」欄の確認[20]

- 薬価基準収載医薬品（＝厚生労働大臣の定める医薬品）が記載されていること。[14]
- 用法、用量が記載されているか。
- 投与期間の上限が設けられている医薬品の処方日数がその上限を超えていないか。
- 医薬品医療機器等法の承認内容（用法・用量、効能・効果等）と異なる内容となっていないか。
- 使用上の注意が守られているか。
- 重複投薬されていないか。

（イ）「患者希望」欄[21]

「患者希望」欄を新設し、患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載することとされている。

処方医は、選定療養に係る処方に当たり、後発医薬品が選択可能であること、長期収載品を患者が希望した場合には特別の料金が生じ得ること等に関し、患者に十分な説明を行う。また、保険薬局の薬剤師も、調剤時に同様の事項を説明し、患者の希望を確認する。

（２）処方箋への記入[22]

---

[20] 不適切な例

ア 「処方」欄の記載に不備のある処方箋につき、疑義照会をせずに調剤を行っている。

- 複数の規格単位がある医薬品の場合に、規格単位を記載していない。
- 用法、用量の記載がない。
- 用法の記載が不適切である。（例：「医師の指示どおり」、「必要時」等のみの記載）
- 約束処方による医薬品名の省略や記号等による記載がされている。

イ 処方内容について確認を適切に行っていない。

（ア）薬剤の処方内容より禁忌例への使用が疑われる処方
（イ）医薬品医療機器等法の承認内容と異なる効能効果（適応症）への使用が疑われる
（ウ）医薬品医療機器等法の承認内容と異なる用法で処方されている
（エ）過量投与が疑われる
（オ）倍量処方が疑われる
（カ）重複投与が疑われる処方

- 異なる医師による湿布の処方（同一使用部位）

（キ）漫然と長期に渡り処方されている

[21] 令和６年３月 27 日保医発 0327 第 11 号「長期収載品の処方等又は調剤について」参照。

[22] ○薬剤師法施行規則（昭和 36 年厚生省令第 5 号）

（処方箋の記入事項）

第 15 条 法第 26 条の規定により処方箋に記入しなければならない事項は、調剤済みの旨又は調剤量及び調剤年月日のほか、次のとおりとする。

一 調剤した薬局又は病院若しくは診療所若しくは飼育動物診療施設の名称及び所在地
二 法第 23 条第 2 項の規定により医師、歯科医師又は獣医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更の内容
三 法第 24 条の規定により医師、歯科医師又は獣医師に疑わしい点を確かめた場合には、その回答の内容

ア　薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に次の事項を記載する[23]。[24]

（ア）「調剤済年月日」[25]

調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方箋に記載する。

（イ）「保険薬局の所在地及び名称」

（ウ）「保険薬剤師氏名　印」

調剤を行った保険薬剤師[26]が署名するか又は姓名を記載し、押印[27]する。

イ　「備考」欄又は「処方」欄に次の事項を記載する。

（ア）処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容

（イ）医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

ウ　分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入する。

エ　リフィル処方箋に基づき調剤した場合は、「調剤実施回数」欄に調剤回数に応じて、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載する。

オ　保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法第26条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、当該リフィル処方箋の写しを調剤録と共に保管する。

（３）保存

保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する処方箋及び調剤録をその完結の日から３年間保存しなければならない。〔薬担規則第６条〕[28]

（４）その他の留意事項

ア　患者が、詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたときは、遅滞なく、意見を付して、その旨を全国健康保険協会又は当該健康保険組合に通知しなければならない。〔薬担規則第７条〕

イ　処方箋が偽造でないことを確認すること。ファクシミリ等で電送された処方内容に基づいて薬剤の調製等を行った場合、患者等が持参する処方箋がファクシミリ等で電送されたものと同一であることを確認すること[29、30]。

ウ　処方箋については、医科診療報酬点数表の第２章第５部「投薬」で取扱いが定められているので十分留意する。

23　記載はあるものの、不明瞭であるということではいけません。

24　昭和 51 年８月７日保険発第 82 号「診療報酬請求書等の記載要領等について」（改正；令和６年３月 27 日保医発 0327 第５号）

25　調剤済年月日の記載はあるが、誤った日付が記載されていることがあるので注意する。

26　調剤を行った保険薬剤師ではない者、例えば、管理薬剤師が代表して署名又は記名押印してはいけない。

27　日付入りネームスタンプの押下だけでは記名にしかならないため、別に押印が必要。

28　なお、生活保護法に基づく指定医療機関医療担当規程等に係る場合は、完結の日から５年間保存しなければならない。

29　平成元年 11 月 15 日薬企第 48 号・保険発第 107 号「処方せん受入れ準備体制の整備のためのファクシミリの利用について」

30　平成 26 年２月５日薬食総発 0205 第１号「電子メール等による処方内容の電送等について」

２　調剤録

○　調剤録は調剤報酬請求の根拠である。
○　保険薬局は、薬担規則第10条の規定による調剤録に、療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の調剤録と区別して整備しなければならない。〔薬担規則第５条〕
○　保険薬剤師は、患者の調剤を行った場合には、遅滞なく、調剤録に当該調剤に関する必要な事項を記載しなければならない。〔薬担規則第10条〕

（１）保険調剤録に記載する事項[31]

・　薬剤師法施行規則第１６条※に規定する事項

※　薬剤師法施行規則
（調剤録の記入事項）
第１６条　法第２８条第２項の規定により調剤録に記入しなければならない事項は、次のとおりとする。ただし、その調剤により当該処方せんが調剤済みとなつた場合は、第一号、第三号、第五号及び第六号に掲げる事項のみ記入することで足りる。
一　患者の氏名及び年令
二　薬名及び分量
三　調剤並びに情報の提供及び指導を行った年月日
四　調剤量
五　調剤並びに情報の提供及び指導を行った薬剤師の氏名
六　情報の提供及び指導の内容の要点
七　処方せんの発行年月日
八　処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の氏名
九　前号の者の住所又は勤務する病院若しくは診療所若しくは飼育動物診療施設の名称及び所在地
十　前条第二号※※及び第三号※※※に掲げる事項
※※　法第23条第2項の規定により医師、歯科医師又は獣医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更の内容
※※※　法第２４条の規定により医師、歯科医師又は獣医師に疑わしい点を確かめた場合には、その回答の内容

・　患者の被保険者証記号番号、保険者名、生年月日及び被保険者、被扶養者の別
・　当該薬局で調剤した薬剤について処方箋に記載してある用量、既調剤量及び使用期間
・　当該薬局で調剤した薬剤及び当該調剤等についての請求項目、請求点数及び患者負担金額

なお、この調剤録は、調剤済となった処方箋又は患者の服薬状況や指導内容等を記録したもの（薬剤服用歴等）に調剤録と同様の事項を記入したものをもって代えることができる。[32]

（２）保存

保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する調剤録をその完結の日から３年間保存し

31　令和２年 11 月 10 日保医発 1110 第１号「保険薬局の分割調剤及び調剤録の取扱いについて」
32　令和２年８月 31 日薬生総発 0831 第６号「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に当たっての留意事項について（薬局・薬剤師関係）」の記２（１）参照

なければならない。〔薬担規則第６条〕[33、34]

[33] 薬剤師法第２８条第３項参照

[34] なお、生活保護法に基づく指定医療機関医療担当規程等に係る場合は、完結の日から５年間保存しなければならない。

３　調剤報酬点数表（平成20年厚生労働省告示第59号　別表第三。改正；令和６年厚生労働省告示第262号）

（※　特掲診療料の施設基準[38]あり）

通則[35]

第１節　調剤技術料

00　調剤基本料※　調剤基本料［１／２／３イ／３ロ／３ハ／特別調剤基本料Ａ］

注２　特別調剤基本料Ｂ

（加算料）注５　地域支援体制加算［１／２／３／４］

注６　連携強化加算

注７　後発医薬品調剤体制加算［１／２／３］

注12　在宅薬学総合体制加算［１／２］

注13　医療ＤＸ推進体制整備加算［１／２／３］

01　薬剤調製料　内服薬（注１　内服用滴剤）、屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬、外用薬

（加算料）注２　無菌製剤処理加算※

注３　麻薬加算、向精神薬加算、覚醒剤原料加算、毒薬加算

注４　時間外加算、休日加算、深夜加算

注５　夜間・休日等加算

注６　自家製剤加算

注７　計量混合調剤加算

第２節　薬学管理料

10の２　調剤管理料　調剤管理料［１／２］

（加算料）注３　重複投薬・相互作用等防止加算［イ／ロ］

注４　調剤管理加算［イ／ロ］

注６　医療情報取得加算※

10の３　服薬管理指導料　服薬管理指導料［１／２／３／４イ／４ロ］

注13　服薬管理指導料の特例

注14　服薬管理指導料の特例

（加算料）注４　麻薬管理指導加算

注５　特定薬剤管理指導加算１［イ／ロ］

注６　特定薬剤管理指導加算２※

注７　特定薬剤管理指導加算３［イ／ロ］

注８　乳幼児服薬指導加算

注９　小児特定加算

注10　吸入薬指導加算

13の２　かかりつけ薬剤師指導料※

（加算料）注２　麻薬管理指導加算

注３　特定薬剤管理指導加算１［イ／ロ］

---

[35] 投薬の費用は、第１節から第３節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。投薬に当たって特定保険医療材料を支給した場合は、第１節から第３節までの各区分の所定点数を合算した点数及び第４節の所定点数を合算した点数により算定する。

注４　特定薬剤管理指導加算２※
注５　特定薬剤管理指導加算３［イ／ロ］
注６　乳幼児服薬指導加算
注７　小児特定加算
注８　吸入薬指導加算

13の3　かかりつけ薬剤師包括管理料※

14の2　外来服薬支援料　外来服薬支援料［１／２イ／２ロ］
（加算料）注４　施設連携加算

14の3　服用薬剤調整支援料　服用薬剤調整支援料［１／２イ※／２ロ］

14の4　調剤後薬剤管理指導料　調剤後薬剤管理指導料［１／２］

15　在宅患者訪問薬剤管理指導料　在宅患者訪問薬剤管理指導料［１／２／３］
注２　在宅患者オンライン薬剤管理指導料
（加算料）注３　麻薬管理指導加算
注４　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算※
注５　乳幼児加算
注６　小児特定加算
注７　在宅中心静脈栄養法加算※

15の2　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料［１／２］
注１　在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料
注 10　新興感染症等の場合（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１／在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料）
（加算料）注２　麻薬管理指導加算
注３　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算※、
注４　乳幼児加算
注５　小児特定加算
注６　在宅中心静脈栄養法加算※
注９　夜間訪問加算、休日訪問加算、深夜訪問加算

15の3　在宅患者緊急時等共同指導料
（加算料）注２　麻薬管理指導加算
注３　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算※
注４　乳幼児加算
注５　小児特定加算
注６　在宅中心静脈栄養法加算※

15の4　退院時共同指導料

15の5　服薬情報等提供料　服薬情報等提供料［１／２イ／２ロ／２ハ／３］

15の6　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料［１イ／１ロ／２イ／２ロ］

15の7　経管投薬支援料

15の8　在宅移行初期管理料

第３節　薬剤料　**第４節　特定保険医療材料料**　**第５節　経過措置**

以下、３－１～３－４は、令和６年３月５日保医発 0305 第４号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（留意事項通知）の別添３　調剤報酬点数表に関する事項等の内容です。

３－１　通則

○　「リフィル可」欄に「✓」が記載されていた場合、当該処方箋を「リフィル処方箋」として取り扱い調剤を行う。

　リフィル処方箋による調剤を行う場合は、１回目の調剤を行うことが可能な期間については、使用期間に記載されている日までとする。２回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日（実際に投薬が終了する日）とし、その前後７日以内とする。

○　保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法第 26 条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却する。その際、必要な事項が記入されたリフィル処方箋の写しを調剤録とともに保管する。なお、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管する。

○　処方箋において、残薬分を差し引いた減数調剤（調剤録又は薬剤服用歴の記録等（以下「薬剤服用歴等」という。）及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務をいう。）を行った後に、残薬に係る状況を情報提供することで差し支えない旨の指示があり、当該指示に基づき調剤を行った場合は、保険薬剤師は、患者に対して次回受診時に処方医へ残薬の状況を報告することを促すとともに、患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量、患者への説明内容等について、遅滞なく当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供する。

○　調剤基本料の「注７」の後発医薬品調剤体制加算及び「注８」に係る後発医薬品については、令和６年３月５日保医発 0305 第２号「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」を参照する。[36]

○　文書による提供等をすることとされている個々の患者の薬剤服用歴等に関する情報を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」[37]を遵

[36] https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html に掲載されている。

[37] https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html

　電磁的方法により薬剤服用歴の記録等を保存する場合の留意事項

○　真正性、見読性、保存性が確保されていること。

・　真正性：改変又は消去及びその内容を確認できる。
　　記録の責任の所在が明らか。

守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年１月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

３－２　第１節　調剤技術料

区分００　調剤基本料

別に厚生労働大臣が定める施設基準[38]に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付１回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。[39]

○　受付回数等

（１）調剤基本料は、患者等が提出する処方箋の枚数に関係なく処方箋受付１回につき算定する。

（２）同一患者から同一日に複数の処方箋（リフィル処方箋を含む。）を受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方箋については一括して受付１回と数える。

（３）複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて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。

・　見読性：記録事項を直ちに明瞭かつ整然と機器に表示し、
　　書面を作成できる。
・　保存性：記録事項を保存すべき期間中、復元可能な状態で保存する。

○　システム管理者及び監査責任者等を定め、個人情報保護及び情報セキュリティ等に留意した、運用管理規程を定めること。

○　患者のプライバシー保護に留意すること。

○　個人情報が入力、参照又は保存されている端末や情報媒体等の盗難や紛失防止も含めた物理的な保護及び措置並びに盗難、覗き見等の防止を行うこと。また、同端末等の設置場所の入退管理等を行うこと。

○　利用者が個人情報を入力・参照できる端末から長時間離席する際にクリアスクリーン等の対策を実施すること。

○　類推されやすいパスワードを使用しないこと。なお、類推されやすいパスワードには、利用者の氏名や生年月日、辞書に記載されている単語等が含まれるものがある。そして、それらを記したメモを端末に掲示、伝達等による代行入力等をさせないこと。

[38] 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、平成 20 年厚生労働省告示第 63 号「特掲診療料の施設基準等」（改正；令和６年厚生労働省告示第 59 号）である。
あわせて、令和６年３月５日保医発0305第６号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」参照

[39] 調剤報酬点数表（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号　別表第三。改正；令和６年厚生労働省告示第 57 号）

○　調剤基本料の注４に規定する保険薬局

（１）以下のいずれかに該当する保険薬局である。

ア　医療用医薬品の取引価格の妥結率が５割以下である。

イ　医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況を地方厚生（支）局長に報告していない保険薬局

ウ　保険薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的業務を１年間実施していない保険薬局

○　地域支援体制加算[40]

（１）地域支援体制加算は、かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域医療に貢献する保険薬局の体制等を評価するものであり、調剤基本料の区分によらない共通の施設要件（一定の開局時間、在宅体制整備等）及び調剤基本料の区分により一定の差がある実績等を満たした上で必要な届出を行った場合に算定できる。ただし、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局においては、地域支援体制加算の所定点数を 100 分の 10 にし､小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

（２）地域支援体制加算は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局（地方厚生（支）局長に対して、調剤基本料に係る届出を行っていない保険薬局）は算定できない。

○　連携強化加算[40]

（１）連携強化加算は、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において、調剤を行った場合に算定できる。この場合において、災害又は新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて当該保険薬局のほか、当該保険薬局の所在地の行政機関、薬剤師会等のホームページ等で広く周知する。

（２）連携強化加算は、「００」特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、「特掲診療料の施設基準等」第十五の四の三に規定する保険医療機関が医科点数表の「Ａ０００」初診料の「注 11」及び「Ａ００１」再診料の「注 15」に規定する外来感染対策向上加算又は医科点数表の「Ａ２３４－２」及び歯科点数表の「Ａ２２４－２」感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合は、算定できない。

（３）連携強化加算は特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

40　問１　地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算の施設基準において求められる薬局の機能等に係る情報の周知について、行政機関や薬剤師会等を通じた公表の手続を行っているが、これらの加算の届出時点では当該薬局の情報が公表されていない場合であっても届出を行うことは可能か。

（答）届出要件を満たすために、保険薬局が所在する地域の行政機関や薬剤師会等に対して当該薬局が公表のための必要な手続きを行っており、情報が公表されることが担保されている場合には、届出時点で当該薬局の情報が公表されていなくても差し支えない。この場合、地域支援体制加算の届出にあたっては、上記内容が確認できる資料（例：公表のための手続を行ったメールの写し等）を添付すること。

また、届出後においては、必要な情報が速やかに公表されていることを確認しておくこと。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その３）」（令和６年４月 26 日事務連絡）の別添５の問３のとおり、当該薬剤師会が会員のみを対象として当該情報を収集、整理し、公表している場合は、施設基準を満たさないことに留意すること。

〔令和６年５月 30 日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その６）」〕

○　後発医薬品調剤体制加算

（１）特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局においては、後発医薬品調剤体制加算の所定点数を 100 分の 10 にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

（２）後発医薬品調剤体制加算は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

○　分割調剤

（１）通則

ア　「注９」又は「注 10」に係る分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、２回目以降については「注９」又は「注 10」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。

イ　「注９」、「注 10」又は「注 11」に係る分割調剤のうち、複数の分割調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、「注 11」の分割調剤に係る点数により算定する。

（２）長期保存の困難性等の理由による分割調剤

ア　「注９」の分割調剤については、長期投薬（14 日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋によって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要があり、分割調剤を行った場合で、１処方箋の２回目以降の調剤を同一の保険薬局において２回目以降行った場合に算定する。

イ　「注９」に係る分割調剤を行う場合は、処方箋の受付時に、当該処方箋を発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録等に記入すること。

（３）後発医薬品の試用のための分割調剤

ア　「注 10」の分割調剤については、後発医薬品への変更が可能な処方箋を提出した患者の同意に基づき、処方箋に記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、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処方箋の２回目の調剤を行った場合に限り算定する。この場合において、２回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行うこととする。なお、その際に、所定の要件を満たせば、調剤管理料、服薬管理指導料及び外来服薬支援料２を算定できる。

イ　「注 10」に係る分割調剤を行った場合は、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録等に記入する。また、２回目の調剤の際に、患者の意向により変更前の先発医薬品の調剤を行った場合も、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、先発医薬品に再変更した理由等の必要な事項を調剤録等に記入する。

ウ　１処方箋について、「注９」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤の２回目以降の調剤と「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤の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。

（４）医師の指示による分割調剤

ア　「注 11」については、医師の分割指示に係る処方箋（「注９」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤及び「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に該当する場合を除く。）により、患者の同意の下、分割調剤を行った場合に算定する。

イ　調剤基本料及びその加算、薬剤調製料及びその加算並びに薬学管理料については、当該分割調剤を行う保険薬局が当該処方箋において分割調剤を実施しない場合に算定する点数をそれぞれ合算し、分割回数で除した点数を当該調剤時に算定する。当該点数は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。ただし、服薬情報等提供料については、分割回数で除していない点数を算定できる。

ウ　「注 11」の医師の指示による分割調剤の場合、保険薬局の保険薬剤師は、以下を実施する。

（イ）分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の１回目の調剤から全ての調剤が完了するまで、同一の保険薬局に処方箋を持参するべきである旨を説明する。

（ロ）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。

（ハ）また、患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

（ニ）２回目以降の調剤において患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含める。

・残薬の有無
・残薬が生じている場合はその量及び理由
・患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無
・副作用が疑われる場合はその原因の可能性がある薬剤の推定

○　リフィル処方箋による調剤

（１）通則

ア　リフィル処方箋による調剤を行う場合は、所定の要件を満たせば、調剤技術料及び薬学管理料を算定できる。なお、リフィル処方箋による調剤を行うごとに、処方箋受付回数１回として取扱う。

イ　保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤（この場合において、「貼付剤」とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有するものであって、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除いたものをいう。）については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

（２）リフィル処方箋による調剤

ア　保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋による１回目又は２回目（総使用回数

３回の場合）の調剤を行う場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を所定の欄に記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却する。その際、必要な事項が記入されたリフィル処方箋の写しを調剤録とともに保管する。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管する。

イ　保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤を行うに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤を行うことが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に情報提供を行う。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行う。

ウ　保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明する。

エ　保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認する。次回の来局の希望があるにもかかわらず予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により患者の状況を確認する。

オ　保険薬局の保険薬剤師は、患者が次回の調剤を他の保険薬局において受けることを申し出た場合は、調剤の状況とともに必要な情報を当該他の保険薬局に提供する又は当該情報を記録したものを患者に提供する。

○　在宅薬学総合体制加算[40]

（１）在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定する患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。ただし、「１５」在宅患者訪問薬剤管理指導料の１（４）において規定する在宅協力薬局が処方箋を受け付けて、訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を行った場合は、当該加算を届け出ている在宅協力薬局に限り、当該加算を算定できる。

（２）在宅薬学総合体制加算は、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局においては、所定点数を 100 分の 10 にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

（３）在宅薬学総合体制加算は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

○　医療ＤＸ推進体制整備加算

（１）医療ＤＸ推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報、薬剤情報等を調剤に実際に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療ＤＸに対応する体制を評価するものであり、処方箋受付１回につき当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、患者１人につき同一月に２回以上調剤を行った場合においても、月１回のみの算定とする。

イ　医療ＤＸ推進体制整備加算１　　10 点
ロ　医療ＤＸ推進体制整備加算２　　８点
ハ　医療ＤＸ推進体制整備加算３　　６点

（２）医療ＤＸ推進体制整備加算を算定する保険薬局では、オンライン資格確認等システムを通じて取得した患者の診療情報、薬剤情報等を閲覧及び活用し、調剤、服薬指導等を行う。

（３）医療ＤＸ推進体制整備加算は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

区分０１　薬剤調製料

（１）内服薬

ア　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）の薬剤調製料については、内服用滴剤とそれ以外の内服薬とは所定単位及び所定点数が異なる（内服用滴剤は薬剤調製料の「注１」による。）。

イ　内服薬（内服用滴剤以外のもの）についての薬剤調製料及び薬剤料の算定はそれぞれ「１剤」及び「１剤１日分」を所定単位とし、内服用滴剤についての薬剤調製料及び薬剤料は「１調剤」を所定単位として算定するが、この場合の「１剤」とは、薬剤調製料の算定の上で適切なものとして認められる単位をいうものであり、次の点に留意する。

（イ）１回の処方において、２種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同一であるものについては、１剤として算定する。

（ロ）服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず１剤として算定する。

（ハ）（イ）及び（ロ）における「服用時点が同一である」とは、２種類以上の薬剤について服用日１日を通じて服用時点（例えば「朝食後、夕食後服用」、「１日３回食後服用」、「就寝前服用」、「６時間ごと服用」等）が同一であることをいう。また、食事を目安とする服用時点については、食前、食後及び食間の３区分とすることとし、服用時点が「食直前」、「食前 30 分」等であっても、薬剤調製料の算定にあっては、「食前」とみなし、１剤として扱う。

（ニ）（イ）及び（ロ）にかかわらず、次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。

①　配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
②　内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合
③　内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

（ホ）同一有効成分であって同一剤形の薬剤が複数ある場合は、その数にかかわらず１剤として算定する。

ウ　内服薬の薬剤調製料は、１回の処方箋受付について、４剤以上ある場合についても、３剤として算定する。ただし、この場合、内服用滴剤は剤数に含めないが、浸煎薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、当該浸煎薬又は湯薬の調剤数を内服薬の剤数に含める。

エ　同一保険薬局で同一処方箋を分割調剤（調剤基本料の「注９」の長期保存の困難性

等の理由による分割調剤又は「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）した場合は、１回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

オ　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。

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

（２）屯服薬

屯服薬の薬剤調製料は、調剤した剤数、回数にかかわらず、１回の処方箋受付につき所定点数を算定する。

（３）浸煎薬

ア　浸煎薬とは、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいう。

イ　浸煎薬の薬剤調製料は、日数にかかわらず、１調剤につき算定する。

ウ　浸煎薬の薬剤調製料は、１回の処方箋受付について４調剤以上ある場合において、３調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、湯薬については調剤数を浸煎薬の調剤数に含めることとする。

（４）湯薬

ア　湯薬とは、薬局において２種以上の生薬（粗切、中切又は細切したもの）を混合調剤し、患者が服用するために煎じる量ごとに分包したものをいう。

イ　湯薬の薬剤調製料は、１調剤につき投薬日数に応じて所定点数を算定する。

ウ　湯薬の薬剤調製料は、１回の処方箋受付について４調剤以上ある場合において、３調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は浸煎薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、浸煎薬については調剤数を湯薬の調剤数に含めることとする。

（５）注射薬

ア　注射薬の薬剤調製料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、１回の処方箋受付につき所定点数を算定する。

イ　注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤（略）に限る。（略）

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

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

エ　イの「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・

維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

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

（６）外用薬

ア　外用薬の薬剤調製料は、投与日数にかかわらず、１調剤につき算定する。

イ　外用薬の薬剤調製料は、１回の処方箋受付について４調剤以上ある場合において、３調剤まで算定できる。

ウ　トローチについては、外用薬として算定する。

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

（７）注射薬の無菌製剤処理

ア　「注２」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいう。

イ　薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、次に示す注射薬を無菌的に製剤した場合に、１日分製剤するごとにそれぞれ次に示す点数を所定点数に加算する。

（イ）２以上の注射薬を混合して中心静脈栄養法用輸液を無菌的に製剤する場合には 69 点（６歳未満の乳幼児の場合は 137 点）を加算する。

（ロ）抗悪性腫瘍剤を含む２以上の注射薬を混合して（生理食塩水等で希釈する場合を含む。）抗悪性腫瘍剤を無菌的に製剤する場合には 79 点（６歳未満の乳幼児の場合は 147 点）を加算する。

（ハ）麻薬を含む２以上の注射薬を混合して（生理食塩水等で希釈する場合を含む。）無菌的に麻薬を製剤する場合又は麻薬の注射薬を無菌的に充填し製剤する場合には 69 点（６歳未満の乳幼児の場合は 137 点）を加算する。

ウ　抗悪性腫瘍剤として無菌製剤処理加算の対象になる薬剤は、悪性腫瘍等に対して用いる細胞毒性を有する注射剤として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成 14 年法律第 192 号）第４条第６項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成 16 年厚生労働省告示第 185 号）に掲げる医薬品等）をいう。

エ　無菌製剤処理加算は、同一日の使用のために製剤した場合又は組み合わせて１つの注射剤として製剤した場合においても、１日につき１回に限り、主たるものの所定点数のみ算定するものとする。

オ　無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。

カ　無菌調剤室を共同利用する場合に当たっては、「薬事法施行規則の一部を改正する省令の施行等について」（平成 24 年８月 22 日薬食発 0822 第２号）を遵守し適正に実施すること。なお、この場合の費用については両者の合議とする。

（８）麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬加算

ア　「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第２条第６号の規定に基づく同法別表第３に掲げる向精神薬をいう。

イ　当該加算は、麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤する場合において、処方中に麻薬が含まれているときに１調剤行為につき 70 点、それ以外のときに１調剤行

為につき８点を加算するものであり、処方中の麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬の品目数、投薬日数に関係なく当該所定点数を算定する。

ウ　使用した薬剤の成分が麻薬、覚醒剤原料又は毒薬であっても、その倍散の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚醒剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、当該加算は算定できない。

エ　重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は１調剤につき 70 点を算定し、それ以外の場合は１調剤につき８点を算定する。

オ　当該加算は、内服薬のほか、屯服薬、注射薬、外用薬についても算定できる。

（９）調剤技術料の時間外加算等

ア　時間外加算は調剤基本料、薬剤調製料及び調剤管理料（基礎額）の 100 分の 100、休日加算は 100 分の 140、深夜加算は 100 分の 200 であり、これらの加算は重複して算定できない。

イ　時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注１」から「注 13」までを適用して算出した点数）、薬剤調製料及び無菌製剤処理加算並びに調剤管理料の合計額とする。麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び医療情報取得加算は基礎額に含まない。

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

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

オ　時間外加算

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

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

（ハ）時間外加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴等に記載する。

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

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

カ　休日加算

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

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

① 地域医療の確保の観点から、以下のいずれかの場合において休日に調剤を受けた患者

・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による休日当番保険薬局の場合

・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合

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

キ 深夜加算

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

① 地域医療の確保の観点から、以下のいずれかの場合において深夜に調剤を受けた患者

・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による深夜当番保険薬局の場合

・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて深夜に開局して調剤を行う保険薬局の場合

② 深夜時間帯（午後 10 時から午前６時までの間）を開局時間としていない保険薬局、及び当該保険薬局の開局時間が深夜時間帯にまで及んでいる場合にあっては、当該開局時間と深夜時間帯とが重複していない時間に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

（ロ）深夜加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴等に記載する。

(10) 薬剤調製料の夜間・休日等加算

ア 夜間・休日等加算は、午後７時（土曜日にあっては午後１時）から午前８時までの間（休日加算の対象となる休日を除く。）又は休日加算の対象となる休日であって、保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合に、処方箋受付１回につき、薬剤調製料の加算として算定する。ただし、時間外加算等の要件を満たす場合には、夜間・休日等加算ではなく、時間外加算等を算定する。

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

(11) 自家製剤加算

ア 自家製剤加算は、イの（１）に掲げる場合以外の場合においては、投薬量、投薬日数等に関係なく、自家製剤による１調剤行為に対し算定し、イの（１）に掲げる錠

剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬を自家製剤の上調剤した場合においては、自家製剤を行った投与日数が７又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、いずれの場合においても、予製剤による場合又は錠剤を分割する場合にあっては所定点数の 100 分の 20 に相当する点数を算定する。

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

（イ）錠剤を粉砕して散剤とすること。

（ロ）主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。

（ハ）主薬に基剤を加えて坐剤とすること。

ウ　「注６」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。ただし、当該医薬品が薬価基準に収載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄に調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。

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

（イ）調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合。

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

オ　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。

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

キ　「錠剤を分割する場合」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。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。

ク　錠剤を分割して予製剤とする場合においては、予製剤とする場合又は錠剤を分割する場合と同様に自家製剤加算の所定点数を 100 分の 20 にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

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

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

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

り行うこと。

(12) 計量混合調剤加算

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

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

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

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

ウ　処方された医薬品が微量のため、乳幼児に対してそのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合は、「注７」を算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は、この限りでない。

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

３－３　第２節　薬学管理料

通則

（１）薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならない。

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

（３）①服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否、②在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否、③同一月内における服薬情報等提供料及び在宅患者訪問薬剤管理指導料と他の薬学管理料の算定の可否は別表１[41]のとおりである。

（４）薬学管理等の実施に当たっては、薬剤師法第 28 条で規定される調剤録において情報の提供及び指導の内容の要点等の記入が義務づけられていることから、必要事項等が記録されている薬剤服用歴等を作成する。薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、オンライン資格確認等システムを通じて取得した患者の診療情報、薬剤情報等を含めて、次の事項等を記載する。

ア　患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応

41　令和６年３月５日保医発 0305 第４号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（留意事項通知）の別添３の別表１参照

じて緊急連絡先）

イ　処方及び調剤内容等（処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等）

ウ　以下の患者情報並びに当該情報等を踏まえた薬学的管理及び指導の要点

（イ）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

（ロ）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。）

（ハ）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

（ニ）服薬状況（残薬の状況を含む。）

（ホ）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

（ヘ）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。また、複数の手帳を所有しており１冊にまとめなかった場合は、その理由）

エ　今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点

オ　指導した保険薬剤師の氏名

（５）薬剤服用歴等の記載に当たっては、患者から収集した情報、相談事項及び患者への指導内容を単に全て記載するのではなく、その要点を記載する[42]ことで差し支えないが、指導後速やかに記載を完了させる。また、定型文を用いて画一的に記載するのではなく、指導等を行った保険薬剤師が必要事項を判断して記載すること。特に、薬学管理料やその加算を算定する場合には、その根拠及び指導内容等について簡潔に記載する。なお、指導の内容等について処方医等へ情報提供した場合には、情報提供した文書等の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴等に記載又は添付する。

（６）薬剤服用歴等の保存については、最終記入日から起算して３年間保存する。[43]

区分１０の２　調剤管理料

１　調剤管理料

（１）調剤管理料は、保険薬剤師が、患者又はその家族等から収集した当該患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴、服薬状況等の情報、手帳、医薬品リスク管理計画（（医薬品、

42　これまで薬剤服用歴等の記載については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（いわゆる留意事項通知）のそれぞれの項目の記述の中で定められてきており、ともすれば算定のための記載になりがちな側面がありました。

薬剤服用歴の記載については、一定以上の負担になり、超過勤務の原因となるというデータがあったことから、何らか合理化ができないかと検討され、令和６年度調剤報酬改定では個別の項目との関係ではなく、患者の薬学的管理を行う上で必要な要点がまとめられた記録の記載となるよう、留意事項通知中、薬学管理料の総則として位置付け、一定の整理が行われました。

このような見直しは、今回で完結するものではなく、引き続きの検討が必要なものであり、保険薬局、保険剤師の皆様におかれましても合理的で有用な薬剤服用歴の記載について、今回を契機に考えていただければと思います。

43　最終記入日の前、３年間分を保存するという意味ではないので注意する。

薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものである（通則（４）参照）。例えば、直近の３年間分の薬剤服用歴等のみを残して、それ以前の紙薬歴を廃棄するといったことをしてはいけない。

医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令（平成 16 年厚生労働省令第 135 号）第２条第３項に規定するものをいう。以下同じ。）に基づき製造販売業者が策定した医薬品に限る。）、薬剤服用歴等に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに薬剤服用歴への記録その他必要な薬学的管理を行った場合に算定できる。

（２）調剤管理料は、同一患者の１回目の処方箋受付時から算定できる。

（３）調剤管理料１は、１回の処方箋受付について、４剤以上ある場合についても、３剤として算定する。

（４）内服薬について、隔日投与等の指示により患者が服用しない日がある場合における調剤管理料１は、実際の投与日数により算定する。

（５）調剤管理料２は、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。また、調剤管理料１を算定した場合は、調剤管理料の２は算定することができない。

（６）調剤管理料については、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

（７）同一保険薬局で同一処方箋を分割調剤（調剤基本料の「注９」の薬剤の保存が困難である等の理由による分割調剤又は「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）した場合は、１回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

（８）調剤基本料の「注 11」の医師の指示による分割調剤における２回目以降の調剤を行う場合には、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。また、処方医に対して情報提供した内容の要点を薬剤服用歴等に記載する。

・残薬の有無
・残薬が生じている場合はその量及び理由
・患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無
・副作用が疑われる場合はその原因の可能性がある薬剤の推定

（９）重複投薬・相互作用等防止加算

ア　重複投薬・相互作用等防止加算は、薬剤服用歴等又は患者及びその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に処方箋受付１回につき算定する。ただし、複数の項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。なお、調剤管理料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。また、当該加算を算定する場合においては、残薬及び重複投薬が生じる理由を分析するとともに、処方医に対して連絡・確認する際に必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。

イ　「イ　残薬調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

（イ）併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）
（ロ）併用薬、飲食物等との相互作用
（ハ）そのほか薬学的観点から必要と認める事項

ウ　「ロ　残薬調整に係るものの場合」は、残薬について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

エ　重複投薬・相互作用等防止加算の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。

オ　同時に複数の処方箋を受け付け、複数の処方箋について薬剤を変更した場合であっても、１回に限り算定する。

カ　当該加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、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を算定している患者については算定できない。

（10）調剤管理加算

ア　調剤管理加算は、複数の保険医療機関から合計で６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者であって、初めて処方箋を持参した場合又は２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合に、患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、重複投薬、相互作用等の有無を確認した上で、手帳、オンライン資格確認等システムを活用した診療情報、薬剤情報等の情報、薬剤服用歴等、直接患者又はその家族等から収集した服薬状況等の情報等に基づき、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的分析を行った場合に処方箋受付１回につき算定する。

イ　算定に当たっては、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、必要に応じ処方医に情報提供すること。

ウ　アにおいて確認した服薬状況等の情報及び薬学的分析の要点について薬剤服用歴等に記載する。

エ　調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。

オ　内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類として計算する。

カ　患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うに当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

キ　「２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合」とは、薬剤服用歴等が保存されている患者において、当該保険薬局で調剤している内服薬について、処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合又は内服薬の種類数が１種類以上増加した場合をいう。なお、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は、内服薬の種類が変更した場合に含めない。

（11）医療情報取得加算

ア　医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険薬局において、患者に係る十分な情報を活用して調剤を実施すること等を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合に、医療情報取得加算として、１年に１回に限り１点を算定する。

イ　医療情報取得加算を算定する保険薬局においては、以下の事項について薬局内に掲示するとともに、原則として、ウェブサイトに掲載し、必要に応じて患者に対して説明する。

（イ）オンライン資格確認を行う体制を有していること。

（ロ）当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、診療情報、薬剤情報その他必要な

情報を取得・活用して調剤を行うこと。

ウ　医療情報取得加算を算定する保険薬局においては、「１０の３」服薬管理指導料の２（３）イ（イ）から（ホ）までに示す事項を参考に、患者から調剤に必要な情報を取得し、薬剤服用歴等に記載する。

区分１０の３　服薬管理指導料

１　通則

（１）服薬管理指導料は、同一患者の１回目の処方箋受付時から算定できる。

（２）服薬管理指導料は、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者の場合、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方箋によって調剤を行った場合に限り算定できる。

（３）算定に当たっては、薬学管理料の通則（４）の薬剤服用歴等を活用して必要な情報提供及び指導を行うものであり、指導後は、その要点を薬剤服用歴等に速やかに記載すること。

２　服薬管理指導料「１」及び「２」

（１）服薬管理指導料「１」及び「２」は、保険薬剤師が、患者の薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認した上で、（２）の「薬剤の服用に関する基本的な説明」及び（３）の「患者への薬剤の服用等に関する必要な指導」の全てを対面により行った場合に、以下の区分により算定する。

ア　服薬管理指導料「１」

３月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの

イ　服薬管理指導料「２」

以下のいずれかに該当する患者

（イ）初めて処方箋を持参した患者

（ロ）３月を超えて再度処方箋を持参した患者

（ハ）３月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示しないもの

（２）薬剤の服用に関する基本的な説明

患者ごとに作成した薬剤服用歴等に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。また、必要に応じて、製造販売業者が作成する医薬品リスク管理計画（Risk Management Plan：以下「ＲＭＰ」という。）に基づく患者向け資材を活用すること。

（イ）当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）

（ロ）用法、用量、効能、効果

（ハ）副作用及び相互作用

（ニ）服用及び保管取扱い上の注意事項

（ホ）調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報

（ヘ）保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

（ト）保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

（３）患者への薬剤の服用等に関する必要な指導

ア　薬剤服用歴等を参照しつつ、患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、それを踏まえて、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。なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たって、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、「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。

イ　以下の事項については、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。

（イ）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

（ロ）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。）

（ハ）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

（ニ）服薬状況（残薬の状況を含む。）

（ホ）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

ウ　手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載すること。

エ　残薬の状況について、薬剤服用歴等を踏まえつつ、患者又はその家族等に残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。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し、投与日数等の確認を行うよう努めること。

オ　当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。

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

キ　抗微生物薬の適正使用を推進する観点から、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省結核感染症課）を参考に、必要な服薬指導を行うこと。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。

ク　ポリファーマシーへの対策の観点から、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考とすること。また、必要に応じて、患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。その際、日本老年医学会及び日本老年

薬学会が作成する「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」等を参考にすること。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

（４）継続的服薬指導

保険薬剤師が、薬剤交付後においても、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について、継続的な確認のため、必要に応じて指導等を実施すること。

ア　保険薬剤師が、患者の服用している薬剤の特性や患者の服薬状況等に応じてその必要性を個別に判断した上で適切な方法で実施すること。

イ　保険薬剤師が必要と認める場合は、薬剤交付後においても電話等により、（３）のイに掲げる内容について、保険薬剤師が患者等に確認し、その内容を踏まえ、必要な指導等を実施すること。

ウ　イの対応は情報通信機器を用いた方法により実施して差し支えないが、患者等に一方的に一律の内容の電子メールを一斉送信すること等のみをもって対応することは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて対応する必要があること。

エ　継続的服薬指導に当たっては、「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き」（日本薬剤師会）等を参考とすること。

（５）指導等に係る留意点

（２）から（４）までの業務を行うに当たっては、以下の点に留意すること。

ア　情報提供等

（イ）（２）の薬剤情報提供文書により行う薬剤に関する情報提供は、調剤を行った全ての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤を複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。なお、薬剤情報提供文書については、処方内容が前回と同様の場合等においては、必ずしも指導の都度、患者に交付する必要はないが、患者の意向等を踏まえた上で交付の必要性を判断すること。

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

（ハ）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。

（ニ）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箋発行医に確認する等慎重に対応すること。

（ホ）（２）の（ホ）の「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」の別紙１に掲げられたものに加え、別紙２に掲げられたものも含むものであること。

① 該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無

② 該当する後発医薬品のうち、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品の名称及びその価格（当該保険薬局において備蓄しておらず、かつ、支給もできない場合はその旨）

（ヘ）指導の内容等について、処方医へ情報提供した場合は、その要点について薬剤服用歴等に記載すること。

イ　手帳

（イ）「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次の①から④までに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

① 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

② 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

③ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録

④ 患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

①から③までの手帳の欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認する。手帳を有効に活用する観点から、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入する、又は患者本人による記入を指導する。④については、当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が当該保険薬局を日常的に利用している場合には、当該保険薬局が手帳に記入し、患者が他の保険薬局を日常的に利用している場合には、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。

（ロ）手帳については、患者に対して、手帳を活用することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供することとし、患者の意向等を確認した上で手帳を用いないこととした場合にあっては、その理由を薬剤服用歴等に記載する。なお、手帳を活用しているが、持参を忘れたこと等により提示できない患者に対しては、「注１」のただし書の点数を算定することになる旨説明するとともに、次回以降は手帳を提示するよう指導すること。

（ハ）（３）のウの手帳への記載による情報提供は、調剤を行った全ての薬剤について行うこととする。この場合において、「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等であり、投薬された薬剤や患者の病態に応じるものである。また、薬学管理料やその加算を算定する場合に、患者等への確認内容、指導の要点等について手帳への記載が求められている場合には、当該内容を簡潔に記載すること。

（ニ）手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、同一の手帳で管理できると判断した場合は１冊にまとめる。なお、１冊にまとめなかった場合については、その理由を薬剤服用歴等に記載する。

（ホ）患者が手帳の持参を忘れたことにより提示できない場合は、手帳に追加すべき事項が記載されている文書（シール等）を交付し、患者が現に利用している手帳に貼付するよう患者に対して説明することで、既に患者が保有している手帳が有効に活

用されるよう努めるとともに、当該患者が次回以降に手帳を提示した場合は、当該文書が貼付されていることを確認する。

（ヘ）電子版の手帳については、「電子版お薬手帳ガイドラインについて」（令和５年３月 31 日薬生総発第 0331 第１号）の「２.運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳であれば、紙媒体の手帳と同様の取扱いとする。その際、保険薬局においては、同通知の「３.提供施設が留意すべき事項」を満たす必要がある。

（ト）手帳の媒体（紙媒体又は電子媒体）は患者が選択するものであり、手帳の提供に当たっては、患者に対して個人情報の取扱い等の必要事項を説明した上で、患者の意向を踏まえて提供する媒体を判断すること。

（チ）紙媒体の手帳を利用している患者に対して、患者の希望により電子版の手帳を提供する場合には、電子版の手帳にこれまでの紙媒体の情報を利用できるようにするなど、提供する保険薬局が紙媒体から電子媒体への切り替えを適切に実施できるよう対応すること。

ウ　その他

（３）のエの残薬の状況の確認に当たり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴等に記載する。

（６）服薬管理指導料「１」及び「２」については、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

３　服薬管理指導料「３」

（１）服薬管理指導料「３」は、以下のいずれかの場合に算定できる。

ア　保険薬剤師が地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護を受けている患者（以下「介護老人福祉施設等の患者」という。）を訪問し、当該患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して対面により必要な指導等を行った場合

イ　介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和 58 年厚生省告示第 14 号）第 20 条第４号ハに係る処方箋を交付した場合に、保険薬剤師が患者を訪問し、当該患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して対面により必要な指導等を行った場合

（２）服薬管理指導料「３」は月に４回に限り算定する。また、上記（１）に掲げる指導等について、情報通信機器を用いた服薬指導（以下「オンライン服薬指導」という。）等を行った場合においても、服薬管理指導料「３」を算定することとし、服薬管理指導料「４」は算定できない。

（３）服薬管理指導料「３」についても、「１０の３」服薬管理指導料の２の（２）から（４）に関する業務を実施すること。ただし、（３）のイについては、必要に応じて実施すること。

（４）「注 12」に規定する交通費は実費とする。

（５）服薬管理指導料「３」については、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

４　服薬管理指導料「４」

（1）服薬管理指導料「4」は、オンライン服薬指導等を行った場合に、以下の区分により算定する。ただし、介護老人福祉施設等の患者及び介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して、オンライン服薬指導等を行った場合においては、服薬管理指導料「3」を算定する。

ア　服薬管理指導料「4のイ」

3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの

イ　服薬管理指導料「4のロ」

以下のいずれかに該当する患者

（イ）初めて処方箋を持参した患者

（ロ）3月を超えて再度処方箋を持参した患者

（ハ）3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示していないもの

（2）オンライン服薬指導等により、服薬管理指導料に係る業務を実施すること。

（3）医薬品医療機器等法施行規則（昭和 36 年厚生省令第1号）及び関連通知に沿って実施すること。

（4）患者の薬剤服用歴等を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう必要な情報を手帳に添付又は記載すること。

（5）当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

（6）薬剤を患者に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。

（7）服薬管理指導料「4」については、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

5　麻薬管理指導加算

（1）麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、調剤後、継続的に電話等により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患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無の確認を行い、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。[44]

（2）（1）の電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは継続的服薬指導を実施したことにはならないため、個々の患者の状況等に応じた必要な対応を行うこと。

（3）（1）の麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修　厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

6　特定薬剤管理指導加算1

（1）特定薬剤管理指導加算1は、服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理

44　薬学管理料の通則（5）に留意する。

及び指導等に加えて、特に安全管理が必要な医薬品が処方された患者又はその家族等に当該薬剤が特に安全管理が必要な医薬品である旨を伝え、当該薬剤についてこれまでの指導内容等も踏まえ適切な指導を行った場合に算定する[45]。なお、「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（日本薬剤師会）等を参照し、特に安全管理が必要な医薬品に関して薬学的管理及び指導等を行う上で必要な情報については事前に情報を収集することが望ましいが、薬局では得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要とはしない。

（２）「イ」については、新たに当該医薬品が処方された場合に限り、算定することができる。[46]

（３）「ロ」については、次のいずれかに該当する患者に対して指導を行った場合をいう。

ア　特に安全管理が必要な医薬品の用法又は用量の変更に伴い保険薬剤師が必要と認めて指導を行った患者

イ　患者の副作用の発現状況、服薬状況等の変化に基づき保険薬剤師が必要と認めて指導を行った患者

（４）「特に安全管理が必要な医薬品」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗ＨＩＶ薬をいう。なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している[47]。

（５）特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、保険薬剤師が必要と認める薬学的管理及び指導を行うこと。この場合において、当該加算は処方箋受付１回につき１回に限り算定する。なお、「イ」及び「ロ」のいずれにも該当する場合であっても、重複して算定することはできない。

（６）対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴等に記載すること。なお、従来と同一の処方内容の場合は、「ロ」として特に指導が必要と保険薬剤師が認めた場合に限り算定することができるが、この場合において、特に指導が必要と判断した理由の要点を薬剤服用歴等に記載すること。

７　特定薬剤管理指導加算２

（１）特定薬剤管理指導加算２は、医科点数表の「Ｂ００１－２-12」の「注６」に規定す

---

[45] 問 16　特定薬剤管理指導加算１について、「イ」又は「ロ」に該当する複数の医薬品がそれぞれ処方されている場合に、「イ」及び「ロ」はそれぞれ算定可能か。

（答）特定薬剤管理指導加算１はハイリスク薬に係る処方に対して評価するものであり、１回の処方で「イ」又は「ロ」に該当する複数の医薬品が存在し、それぞれについて必要な指導を行った場合であっても、「イ」又は「ロ」のみ算定すること。

〔令和６年３月 28 日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その１）」〕

[46] 問 17　特定薬剤管理指導加算１の「イ」について、以下の場合には算定できないと考えてよいか。

①患者としては継続して使用している医薬品ではあるが、当該薬局において初めて患者の処方を受け付けた場合

②同一成分の異なる銘柄の医薬品に変更された場合

（答）いずれもそのとおり。なお、いずれの場合においても、保険薬剤師が必要と認めて指導を行った場合には、要件をみたせば特定薬剤管理指導加算１の「ロ」が算定可能。

〔令和６年３月 28 日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その１）」〕

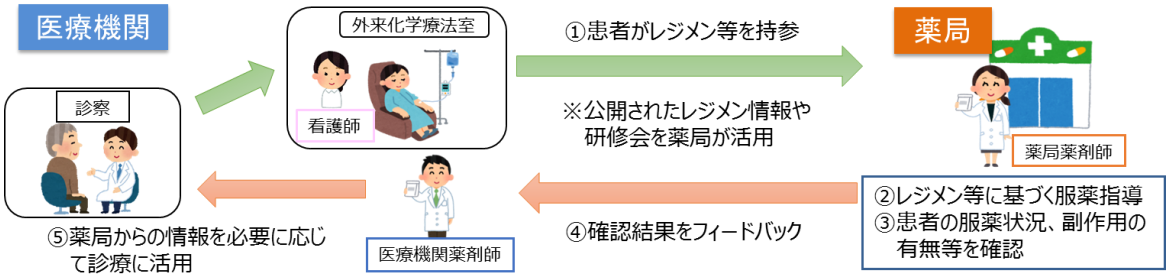
[47] https://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/

る連携充実加算を届け出ている保険医療機関において、抗悪性腫瘍剤を注射された悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局の保険薬剤師が以下のアからウまでの全てを実施した場合に算定する。[44]

ア　当該患者のレジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うこと。

イ　当該患者が注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、電話等により服用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者又はその家族等に確認すること。

ウ　イの確認結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供すること。



（２）「抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局」とは、患者にレジメン（治療内容）等を交付した保険医療機関の処方箋に基づき、保険薬剤師が抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤を調剤する保険薬局をいう。

（３）特定薬剤管理指導加算２における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）等を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。

（４）電話等による患者の服薬状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認は、電話の他、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による連絡及び患者が他の保険医療機関の処方箋を持参した際の確認が含まれる。電話又はビデオ通話により患者に確認を行う場合は、あらかじめ患者に対し、電話又はビデオ通話を用いて確認することについて了承を得ること。

（５）患者の緊急時に対応できるよう、あらかじめ保険医療機関との間で緊急時の対応方法や連絡先等について共有することが望ましい。また、患者の服薬状況の確認において、重大な副作用の発現のおそれがある場合には、患者に対して速やかに保険医療機関に連絡するよう指導することや受診勧奨を行うことなどにより、必要な対応を行うこと。

（６）当該加算の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。

（７）特定薬剤管理指導加算２は、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

（８）患者１人につき同一月に２回以上の情報提供を行った場合においても、当該加算の算定は月１回のみとする。

（９）抗悪性腫瘍剤等に関する患者の服用状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認を行う際に、他の保険医療機関又は他の診療科で処方された薬剤に係る情報を得た場合には、必要に応じて、患者の同意を得た上で、当該他

の保険医療機関等に情報提供を行うこと。この場合において、所定の要件を満たせば服薬情報等提供料を算定できる。

８　特定薬剤管理指導加算３

（１）服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者１人につき当該医薬品に関して最初に処方された１回に限り算定する。[48]

（２）「イ」については、「１０の２」調剤管理料の１の（１）を踏まえ、「当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。

・ＲＭＰの策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り、患者又はその家族等に対し、ＲＭＰに基づきＲＭＰに係る情報提供資材を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十分な指導を行った場合

・処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合等に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合

（３）「ロ」に示す「調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。

---

[48] 問 18　特定薬剤管理指導加算３について、１回の処方で「イ」に該当する医薬品と「ロ」に該当する医薬品が同時に処方されている場合に、「イ」及び「ロ」をそれぞれ算定可能か。

（答）特定薬剤管理指導料３の「イ」及び「ロ」は算定できる対象が異なることから、必要事項を満たした説明を行うのであれば算定可能。

問 19　特定薬剤管理指導加算３について、１つの医薬品が、「イ」と「ロ」の両方に該当する場合に、「イ」と「ロ」を重複して算定することが可能か。

（答）当該事例が生じることは想定されないが、それぞれの観点で必要な説明をしているのであれば算定可能。

問 20　特定薬剤管理指導加算３の「イ」について、患者向けの医薬品リスク管理計画（以下、ＲＭＰという。）に係る資材を用いて指導を行った場合は、指導に使用した患者向けＲＭＰ資材を薬剤服用歴等に添付もしくは資材の名称等を記載する必要があるのか。

（答）患者向けＲＭＰ資材の薬剤服用歴等への添付及び資材の名称等の記載は不要であるが、指導の要点を薬剤服用歴等に記載すること。

問 21　特定薬剤管理指導加算３の「イ」について、ＲＭＰに係る患者向け資材がない医薬品については算定できないのか。また、薬機法の再審査が終了し、ＲＭＰの策定・実施が解除された医薬品については算定の対象外になるのか。

（答）いずれの場合も算定不可。ＲＭＰ提出品目及び資材については、医薬品医療機器総合機構のウェブサイトにて最新の情報を確認した上で指導をすること。

（https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/items-information/rmp/0001.html）

問 22　特定薬剤管理指導加算３の「ロ」の後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合には、患者が先発医薬品を希望しているにもかかわらず、説明の結果、後発医薬品を選択して選定療養とならなかった場合も算定可能か。

（答）可能である。

〔令和６年３月 28 日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その１）」〕

問１　特定薬剤管理指導加算３の「イ」又は「ロ」について、当該患者が継続して使用している医薬品ではあるが、当該医薬品に関して、保険薬剤師が重点的な服薬指導が必要と認め、当該加算の算定要件を満たす説明及び指導を行った場合、初回に限り算定できるか。

（答）算定可能。

〔令和６年６月 18 日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その８）」〕

・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合[49]

・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合

（４）対象となる医薬品が複数処方されている場合に、処方箋受付１回につきそれぞれ１回に限り算定するものであること。また、複数の項目に該当する場合であっても、重複して算定することができない。

（５）特定薬剤管理指導加算３を算定する場合は、それぞれの所定の要件を満たせば特定薬剤管理指導１及び特定薬剤管理指導加算２を算定できる。

（６）薬剤服用歴等には、対象となる医薬品が分かるように記載すること。また、医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合には、調剤報酬明細書の摘要欄に調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。

９　乳幼児服薬指導加算

（１）乳幼児服薬指導加算は、乳幼児に係る処方箋の受付の際に、年齢、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。[44]

（２）乳幼児服薬指導加算を算定した処方箋中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。

10　小児特定加算

（１）小児特定加算は、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 56 条の６第２項に規定する障害児である 18 歳未満の患者に係る調剤において、患者又はその家族等に患者の服薬状況等を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。[44]

（２）小児特定加算は、次に掲げる薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。

ア　患者の服薬状況及び服薬管理を行う際の希望等について、患者又はその家族等から聞き取り、当該患者の薬学的管理に必要な情報を収集する。

イ　アにおいて収集した情報を踏まえ、薬学的知見に基づき調剤方法を検討し調剤を行うとともに、服用上の注意点や適切な服用方法等について服薬指導を行う。

（３）小児特定加算を算定した処方箋中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。

（４）当該加算は乳幼児服薬指導加算と併算定することはできない。

---

[49] 問２　長期収載品の処方等又は調剤について選定療養の仕組み（以下「本制度」という。）が導入される令和６年 10 月１日より前の時点で、本制度の対象となる医薬品について患者に対して説明を行った場合、特定薬剤管理指導加算３の「ロ」は算定できるか。

（答）本制度に関し、調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に対し、当該患者が求める情報について必要かつ十分な説明を行えば算定することができる。

なお、本制度に関する運用上の取扱い（患者が支払う額の具体的な計算方法等）については今後更に周知する予定であるので留意されたい。

〔令和６年６月 18 日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その８）」〕

11　吸入薬指導加算

（１）吸入薬指導加算は、喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者が吸入薬を適切に使用し、治療効果の向上や副作用の回避に繋がるよう、以下のア及びイを行った場合に３月に１回に限り算定する[44]。ただし、当該患者に対し他の吸入薬が処方された場合であって、必要な吸入指導等を別に行ったときには、前回の吸入薬指導加算の算定から３月以内であっても算定できる。

ア　文書及び練習用吸入器等を用いて、吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かなどの確認等を行うこと。

イ　保険医療機関に対し、吸入指導の結果等を文書により情報提供を行うこと。

（２）当該加算に係る指導は以下のア又はイの場合に、患者の同意を得て行うものであること。

ア　保険医療機関からの求めがあった場合

イ　患者若しくはその家族等の求めがあった場合等、吸入指導の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき

（３）当該加算に係る吸入指導を行うに当たっては、日本アレルギー学会が作成する「アレルギー総合ガイドライン」等を参照して行うこと。

（４）（１）の「吸入指導の結果等を文書により情報提供を行うこと」とは、吸入指導の内容や患者の吸入手技の理解度等について、保険医療機関に情報提供することであり、文書の他、手帳により情報提供することでも差し支えない。ただし、患者への吸入指導等を行った結果、患者の当該吸入薬の使用について疑義等がある場合には、処方医に対して必要な照会を行うこと。

（５）当該加算の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。

（６）当該加算は、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

12　服薬管理指導料の特例（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が算定する服薬管理指導料）

（１）「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、３月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が 50%以下である保険薬局であること。算定回数の割合は小数点以下を四捨五入して算出する。

（２）当該特例への該当性は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年５月１日から当年４月 30 日までの服薬管理指導料の実績をもって判断し、当年６月１日から翌年５月 31 日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

（３）当該特例に該当した場合であっても、直近３月間における（１）の割合が 50%を上回った場合には、（２）にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないものとする。

（４）当該特例を算定する場合は、調剤管理料及び服薬管理指導料の加算は算定できない。

13　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師が対応した場合）

（１）患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師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服薬指導等を行った場合に算定できる。

（２）当該特例は、当該保険薬局における当該患者の直近の調剤において、「１３の２」かかりつけ薬剤師指導料又は「１３の３」かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者について算定できるものとする。

（３）算定に当たっては、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師が服薬指導等を行うことについて、患者が希望する場合は、あらかじめ別紙様式２[50]を参考に作成した文書で患者の同意を得ること。その場合、当該保険薬剤師の氏名について当該文書に記載すること。

（４）かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師がかかりつけ薬剤師指導料の（６）に準じて、服薬管理指導料の注１に規定する指導等を全て行った場合に算定する。

（５）かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師は、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化及び当該患者の指導において注意すべき事項等の情報をかかりつけ薬剤師と共有すること。

（６）かかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師が服薬指導等を行った場合は、かかりつけ薬剤師に必要な情報を共有すること。

区分１３の２　かかりつけ薬剤師指導料

（１）かかりつけ薬剤師指導料は、かかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定できる。

（２）算定に当たっては、当該指導料を算定しようとする保険薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者に対し、別紙様式２[50] を参考に作成した同意書に、かかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求め、同意を得る。また、かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。必要な記入を行った同意書は、当該保険薬局において保管し、当該患者の薬剤服用歴等にその旨を記載する。なお、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の保険薬剤師が服薬指導等を行うことについて、患者が希望する場合は、あらかじめ文書で患者の同意を得ること。その場合、当該保険薬剤師の氏名について当該文書に記載すること。

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保険薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由

（３）同意取得は、当該保険薬局に複数回来局している患者に行うこととし、患者の同意を得た後、次回の処方箋受付時以降に算定できる。なお、１人の患者に対して、１か所の保険薬局における１人の保険薬剤師のみについてかかりつけ薬剤師指導料を算定できる

50　令和６年３月５日保医発 0305 第４号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（留意事項通知）の別添３の別紙様式参照

ものであり、同一月内は同一の保険薬剤師について算定すること。

（４）他の保険薬局及び保険医療機関においても、かかりつけ薬剤師・薬局の情報を確認できるよう、患者が保有する手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。

（５）患者に対する服薬指導等の業務はかかりつけ薬剤師が行うことを原則とする。ただし、やむを得ない事由により、かかりつけ薬剤師が業務を行えない場合は、当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師が服薬指導等を行っても差し支えないが、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない（要件を満たす場合は、服薬管理指導料を算定できる。）。この場合、他の保険薬剤師が服薬指導等で得た情報については、かかりつけ薬剤師と情報を共有すること。

（６）かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。

ア　服薬管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。

イ　患者が服用中の薬剤等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、患者の意向を確認した上で、服薬指導等の内容を手帳等に記載すること。

ウ　患者が受診している全ての保険医療機関の情報を把握し、服用している処方薬をはじめ、要指導医薬品及び一般用医薬品（以下「要指導医薬品等」という。）並びに健康食品等について全て把握するとともに、その内容を薬剤服用歴等に記載すること。また、当該患者に対して、保険医療機関を受診する場合や他の保険薬局で調剤を受ける場合には、かかりつけ薬剤師を有している旨を明示するよう説明すること。

エ　患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導等を受けられるよう、当該保険薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。

オ　患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、当該保険薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応しても差し支えない。ただし、この場合において、処方箋を受け付け、かかりつけ薬剤師以外の他の薬剤師が調剤、服薬指導等を行った場合には、服薬管理指導料を算定する。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制がとられていること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所で対応する場合にあっては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。

カ　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、薬剤服用歴等に記載すること。

キ　調剤後も患者の服薬状況の把握、指導等を行い、その内容を薬剤を処方した保険医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。服薬状況の把握は、患者の容態や希望に応じて、定期的にすること（電話による連絡、患家への訪問、患者の来局時など）。また、服用中の薬剤に係る重要な情報を知ったときは、患者に対し当該情報を提供すること。

ク　継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を必要に応じて提供し、その取組（いわゆるブラウンバッグ運動）の意義等を説明すること。また、患者が薬剤等を持参した場合は服用薬の整理等の薬学的管理を行うこととするが、必要に応じて患家を訪問して服用

薬の整理等を行うこと。なお、訪問に要した交通費（実費）は、患家の負担とする。

ケ　必要に応じ、患者が入手している調剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及び指導を行う。

（７）かかりつけ薬剤師指導料を算定する患者以外の患者への服薬指導等又は地域住民からの要指導医薬品等の使用に関する相談及び健康の維持増進に関する相談に対しても、丁寧に対応した上で、必要に応じて保険医療機関へ受診勧奨を行うよう努める。

（８）麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算１、特定薬剤管理指導加算２、特定薬剤管理指導加算３、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算及び吸入薬指導加算の取扱いについては、服薬管理指導料の麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算１、特定薬剤管理指導加算２、特定薬剤管理指導加算３、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算及び吸入薬指導加算に準じるものとする。

（９）育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号）第 16 条の８で定める期間に、当該保険薬局の勤務時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師が算定する場合には、次に掲げる対応を行う。

ア　同意取得に当たり、勤務時間が通常より短いことを説明する。

イ　当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師と当該患者についての情報を共有し、同意している保険薬剤師の不在時に患者から問い合わせがあった場合等に、他の保険薬剤師が同意している保険薬剤師と連絡を取るなどして円滑に対応できる体制を整えておく。

（10）かかりつけ薬剤師指導料は、服薬管理指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料と同時に算定することはできない。

（11）平成 30 年４月１日前に取得した同意は、（２）の規定によらずその効力を有する。ただし、患者が同意の取消しを申し出た場合は、この限りでない。

（12）かかりつけ薬剤師指導料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

区分１３の３　かかりつけ薬剤師包括管理料

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

（２）かかりつけ薬剤師包括管理料の対象患者は、医科点数表の「Ａ００１」の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料若しくは「Ｂ００１－２-10」認知症地域包括診療料を算定している患者とする。なお、これらの患者のかかりつけ薬剤師としてかかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合には、患者の同意の下で保険薬局においていずれかを算定できる。

（３）患者の服薬状況等については、薬学的知見に基づき随時把握し、保険医に対して、その都度情報提供するとともに、必要に応じて処方提案すること。なお、情報提供の要否、方法、頻度等については、あらかじめ保険医と相談して合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等によることで差し支えない。

（４）かかりつけ薬剤師包括管理料の算定に当たっては、「１３の２」かかりつけ薬剤師指

導料の（２）から（７）まで、（９）及び（11）を準用する。この場合において、「かかりつけ薬剤師指導料」は「かかりつけ薬剤師包括管理料」と読み替える。

（５）かかりつけ薬剤師包括管理料は、服薬管理指導料又はかかりつけ薬剤師指導料と同時に算定できない。

（６）かかりつけ薬剤師包括管理料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

区分１４の２　外来服薬支援料

１　外来服薬支援料１

（１）外来服薬支援料１は、保険薬局の保険薬剤師が、自己による服薬管理が困難な外来の患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じ、当該患者又はその家族等が持参した服薬中の薬剤について、治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を判断し、当該薬剤を処方した保険医にその必要性につき了解を得た上で、一包化及び服薬カレンダー等の活用により薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援した場合に、「注１」及び「注２」合わせて服薬支援１回につき、月１回に限り算定する。また、患者の来局時のほか、患者の求めに応じて保険薬剤師が患者を訪問して服用薬の整理等を行った場合でも算定できる。この場合、訪問に要した交通費（実費）は患家の負担とする。なお、服薬管理を容易にするような整理を行わずに単に服薬指導を行っただけでは算定できない。また、服用薬の整理等の支援を行った場合においては、当該支援が必要となった背景、理由等を分析し薬学的管理を実施するとともに、同様の支援が今後必要とならないように努めること。

（２）「注１」については、外来服薬支援を行うに当たり、患者が、当該保険薬局で調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を服用していないか確認し、極力これらの薬剤も含めて一包化及び服薬カレンダー等の活用により整理するよう努める。また、実際にこれらの薬剤も含めて服薬支援を行う場合には、重複投薬、相互作用等の有無を確認し、処方医に必要な照会を行い、適切な措置を講じる。なお、患者に対する服薬中の薬剤の確認や処方医への照会等を行った上で、結果として、他の保険薬局で調剤された薬剤又は保険医療機関で院内投薬された薬剤のみについて服薬支援を行うこととなった場合（当該保険薬局で調剤を受けていない患者が持参した、他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤について服薬支援を行う場合を含む。）でも算定できる。

（３）「注２」については、患者が保険薬局に持参した服用中の薬剤等の服薬管理を行い、その結果を関係する保険医療機関へ情報提供した場合に算定できる。算定に当たっては、あらかじめ、患者又はその家族等に対して、保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を提供し、患者等が薬剤等を持参することで服薬管理を行う取組（いわゆるブラウンバッグ運動）を周知しておく。この場合において、外来服薬支援料１は、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

（４）外来服薬支援料１に係る外来服薬支援は、処方箋によらず、調剤済みの薬剤について服薬管理の支援を目的として行うものであるため、薬剤の一包化を行った場合でも、調剤技術料は算定できない。

（５）薬剤の一包化による服薬支援は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合[51]に行うものである点に留意する。

（６）外来服薬支援料１を算定する場合は、服薬支援に係る薬剤の処方医の了解を得た旨又は情報提供した内容並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴等に記載する。

（７）外来服薬支援料１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できない。また、現に他の保険医療機関又は保険薬局の保険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。

（８）外来服薬支援料１は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

２　外来服薬支援料２

（１）外来服薬支援料２は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、保険薬局の保険薬剤師が治療上の必要性が認められると判断した場合に、医師の了解を得た上で、処方箋受付ごとに、当該保険薬局で一包化及び必要な指導を行い、患者の服薬管理を支援した場合について評価するものである。

（２）外来服薬支援料２は、処方箋受付１回につき１回算定できるものであり、投与日数が 42 日分以下の場合には、一包化を行った投与日数が７又はその端数を増すごとに 34 点を加算した点数を、投与日数が 43 日分以上の場合には、投与日数にかかわらず 240 点を算定する。この場合において、外来服薬支援料１は算定できない。

（３）一包化とは、服用時点の異なる２種類以上の内服用固形剤又は１剤であっても３種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点ごとに一包として患者に投与することをいう。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものである。

（４）保険薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を薬剤服用歴等に記載する。

（５）患者の服薬管理を支援するため、一包化した当該保険薬局の保険薬剤師が必要な服薬指導を行った上で、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、必要に応じ処方医に情報提供する。

（６）患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等も算定できるが、処方箋受付１回につき１回に限り算定する。

（７）同一保険薬局で同一処方箋に係る分割調剤（調剤基本料の「注９」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤又は「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）をした上で、２回目以降の調剤について一包化を行った場合は、１回目の調剤か

---

[51] 保険薬局において、患者の希望に基づき内服薬の一包化（治療上の必要性がない場合に限る。）のサービスを提供した場合には、当該サービスについて、患者からその費用を徴収しても差し支えない。〔令和６年３月 27 日保医発 0327 第 10 号「「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について」の第７　医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（掲示事項等告示第７関係）〕

ら通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数を所定点数に加算する。

（８）外来服薬支援料２を算定した範囲の薬剤については、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は算定できない。

（９）外来服薬支援料２を算定する場合は、当該処方箋の調剤に係る調剤技術料を同時に算定できる。

（10）外来服薬支援料２は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

３　施設連携加算

（１）施設連携加算は、保険薬剤師が患者の入所している地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設を訪問し、当該施設職員と協働して、日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することを評価するものである。

（２）当該患者又はその家族等の同意を得て、当該薬剤を処方した保険医にその必要性につき了解を得た上で実施すること。

（３）当該患者の服薬状況等に基づき継続的に適切な服薬が行えるよう、特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な以下のいずれかの場合に限り、外来服薬支援料２に加えて算定することとし、該当する理由について、調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設への入所時であって、服用している薬剤が多く、入所後の服薬管理について当該施設職員と協働した服薬支援が必要と保険薬剤師が認めた場合

イ　新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった患者のうち、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と保険薬剤師が認めた場合

ウ　患者が服薬している薬剤に関する副作用等の状況、体調の変化等における当該施設職員からの相談に基づき保険薬剤師が当該患者の服薬状況等の確認を行った結果、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と保険薬剤師が認めた場合

（４）日常の服薬管理が容易になるような支援については、当該保険薬局が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等の調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を行うこと。

（５）（１）の当該施設職員との協働した服薬管理については、施設における患者の療養生活の状態を保険薬剤師自らが直接確認し、薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診に関する情報、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）、重複服用、相互作用、実施する服薬支援措置、施設職員が服薬の支援・管理を行う上で留意すべき事項等に関する確認等を行った上で実施すること。また、実施した内容の要点を薬剤服用歴等に記載すること。

（６）単に当該施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設の職員に対して服薬の支援・管理に関する情報共有等を行ったのみの場合は算定できない。

区分１４の３　服用薬剤調整支援料

（１）服用薬剤調整支援料１

ア　服用薬剤調整支援料１は、内服を開始して４週間以上経過した内服薬６種類以上を保険薬局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の意向を踏まえ、当該患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合について評

価したものである。

イ　服用薬剤調整支援料１は、当該保険薬局で調剤している当該内服薬の種類数が２種類以上（うち少なくとも１種類は当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとする。）減少し、その状態が４週間以上継続した場合に算定する。

ウ　保険医療機関名及び保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。

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

オ　内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類として計算する。

カ　患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うに当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

キ　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薬学的見地から検討した内容を薬剤服用歴等に記載する。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、薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存しておくこと。なお、服用薬剤調整支援料１に係る提案を行った直後に受け付けた当該処方医の発行した処方箋に関しては、実施した服用薬剤調整支援料１の提案内容と同一の処方内容の場合において、重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。

ク　当該保険薬局で服用薬剤調整支援料１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。

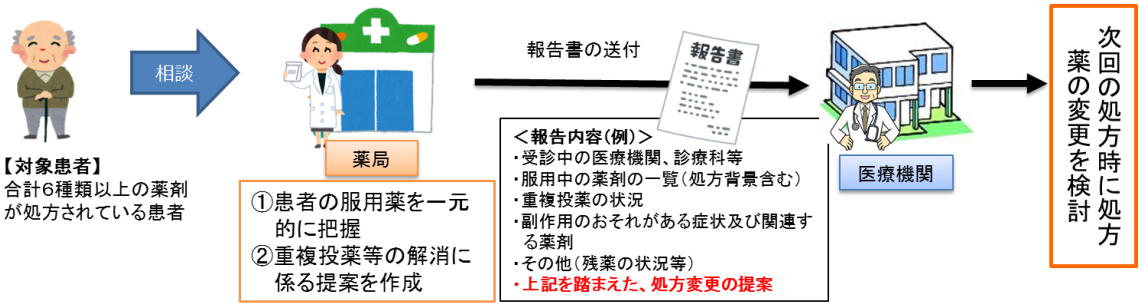
（２）服用薬剤調整支援料２

ア　服用薬剤調整支援料２は、複数の保険医療機関から内服薬が合計で６種類以上処方されている患者に対して、患者若しくはその家族等の求めに応じて、保険薬局の保険薬剤師が、重複投薬等の解消のために以下の取組を全て行った場合に算定する。なお、詳細な施設基準については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」[52]を参照すること。

（イ）患者の服用薬について、手帳の確認、患者への聞き取り又は他の保険薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握すること。なお、同種・同効薬が処方されている場合は、必要に応じて処方の背景を処方医又は患者若しくはその家族等に確認すること。

52　令和６年３月５日保医発 0305 第６号

（ロ）重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案を検討し、当該提案及び（イ）の内容を記載した報告書を作成し、処方医に対して送付すること。



イ　内服薬の種類数の考え方は、服用薬剤調整支援料１に準ずる。また、６種類以上の内服薬について、少なくとも１種類は当該保険薬局で調剤されている必要がある。

ウ　アの（ロ）の報告書は、以下の内容を含む別紙様式３[50]又はこれに準ずるものをいう。

（イ）受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報

（ロ）服用中の薬剤の一覧

（ハ）重複投薬等に関する状況

（ニ）副作用のおそれがある患者の症状及び関連する薬剤

（ホ）その他（残薬、その他患者への聞き取り状況等）

エ　「重複投薬等の解消に係る提案」とは、重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案をいう。この場合において、当該文書の写しを薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存しておくこと。なお、服用薬剤調整支援料２に係る提案を行った直後に受け付けた当該処方医の発行した処方箋に関しては、実施した服用薬剤調整支援料２の提案内容と同一の処方内容の場合において、重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。

オ　重複投薬等の解消に係る提案を行う場合、患者の希望、かかりつけ医の有無及び処方開始日等について十分な聞き取りを行った上で、処方内容の見直しを依頼する処方医に対して報告書を送付すること。

カ　処方内容の見直し状況について患者の次回以降の来局時に確認すること。

キ　当該加算の算定に係る保険医療機関への情報提供については、服薬情報等提供料を別途算定できない。また、服用薬剤調整支援料２は、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

区分１４の４　調剤後薬剤管理指導料[53]

（１）調剤後薬剤管理指導料の「１」は、新たに糖尿病用剤が処方等された患者に対し、薬

53　問 23　心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に、新たに糖尿病用剤が処方等された場合に、それぞれの疾患に関して必要な薬学的管理指導等を行った場合に、調剤後薬剤管理指導料「１」及び「２」を同一月に算定可能か。
（答）それぞれの要件を満たせば算定可。ただし、単に慢性心不全の治療にも用いられることがある糖尿病剤が処方されているだけでは要件を満たしたことにはならないことに留意すること。
〔令和６年３月 28 日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その１）」〕

物治療を適切に継続する観点から、地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を受診中の保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する[44]。なお、当該指導料に係る薬剤の調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。

（２）（１）の「新たに糖尿病用剤が処方等された患者」とは次のいずれかに該当する患者をいう。

ア　新たに糖尿病用剤が処方された患者

イ　糖尿病用剤の用法・用量の変更があった患者

（３）調剤後薬剤管理指導料の「２」は、心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に対し、薬物治療を適切に継続するとともに、特に入院歴を有する慢性心不全患者の再入院を抑制する観点から、地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を受診中の保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する[44]。なお、当該指導料に係る薬剤の調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。

（４）（３）の「心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者」とは、日本循環器学会及び日本心不全学会が作成する最新の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」等を参照し、複数の作用機序の異なる循環器疾患に係る治療薬の処方を受けている慢性心不全患者をいう。

（５）調剤後薬剤管理指導料に係る電話等による当該治療薬の服薬状況の確認等は、以下のいずれかの場合に患者の同意を得て行うものであること。なお、電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて必要な対応を行うこと。

ア　保険医療機関からの求めがあった場合

イ　患者若しくはその家族等の求めがあり、保険薬剤師が調剤後の薬剤管理指導を必要と認め、医師の了解を得た場合

（６）調剤後薬剤管理指導料に係る調剤後の糖尿病又は慢性心不全の治療薬の服薬状況等の確認は、処方医等の求めに応じて実施するものであり、計画的な電話等による確認を原則とすること。この場合において、あらかじめ患者等に対し、電話等を用いて確認することについて了承を得ること。

（７）電話等による患者の糖尿病又は慢性心不全の治療薬の服薬状況等の確認を行った結果、速やかに保険医療機関に伝達すべき患者の服薬中の体調の変化等の情報を入手した場合は、当該情報を患者が受診中の保険医療機関に提供するとともに、必要に応じて保険医療機関への受診勧奨を行うこと。

（８）医療機関への情報提供に当たっては、単に確認された服薬状況、副作用の状況を記載して情報提供するだけでなく、医療機関との連携の下で、処方医等の求めに応じた情報の収集と、薬学的分析及び評価に基づく情報提供を実施するとともに、必要に応じて処

方に係る提案等を行うこと。この際、体重の増減、塩分摂取、飲水の状況など、薬学的管理に密接に関係する情報も積極的に収集し、活用することが望ましい。また、医療従事者間のＩＣＴを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。

（9）調剤後薬剤管理指導料の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。

（10）調剤後薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

区分１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料

１　在宅患者訪問薬剤管理指導料

（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。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の保険薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、在宅患者訪問薬剤管理指導料１から３まで及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り算定する。在宅患者訪問薬剤管理指導料は、定期的に訪問して訪問薬剤管理指導を行った場合の評価であり、継続的な訪問薬剤管理指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族又は介助者等の助けを借りずに来局ができる者等は、来局が容易であると考えられるため、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。なお、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。また、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。

（2）在宅患者訪問薬剤管理指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう「単一建物診療患者の人数」とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数をいう。なお、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

（3）「在宅での療養を行っている患者」とは、保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいう。ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成 20 年厚生労働省告示第 128 号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年３月 31 日

保医発第 0331002 号）等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の保険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）在宅協力薬局

ア　（3）にかかわらず、訪問薬剤管理指導を主に行っている保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、連携する他の保険薬局（以下「在宅協力薬局」という。）と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には、在宅基幹薬局の保険薬剤師に代わって当該患者又はその家族等に訪問薬剤管理指導を行うことについて、あらかじめ当該患者又はその家族等の同意を得ている場合であって、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導を行ったときには、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できる。ただし、訪問薬剤管理指導に係る費用については、在宅基幹薬局と在宅協力薬局の合議とする。

イ　在宅協力薬局の保険薬剤師が在宅基幹薬局の保険薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴等を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行った在宅協力薬局名及び当該訪問薬剤管理指導を行った日付を記載する。また、在宅協力薬局が処方箋を受け付け、調剤を行った在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等は在宅協力薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄には在宅協力薬局が処方箋を受け付けた旨を記載する。

（5）薬学的管理指導計画

ア　「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、薬剤特性（薬物動態、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。

イ　策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存する。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（6）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。

（7）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。

（8）在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月２

回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は6日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料と合わせて週２回かつ月８回に限り算定できる。

（９）保険薬剤師１人につき在宅患者訪問薬剤管理指導料１、２及び３並びに在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて週　40　回に限り算定できる。

（10）在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（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。

ア　訪問の実施日、訪問した保険薬剤師の氏名

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、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）、重複服用、相互作用等に関する確認、実施した服薬支援措置等）

エ　処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

オ　処方医以外の医療関係職種との間で情報を共有している場合にあっては、当該医療関係職種から提供された情報の要点及び当該医療関係職種に提供した訪問結果に関する情報の要点

カ　在宅協力薬局の保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を行った場合には、（４）のイで規定する事項

（11）在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方箋によって調剤を行った場合を除いて算定できない。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、外来服薬支援料１又は服薬情報等提供料は算定できない。

（12）１つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。

（13）在宅患者訪問薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

２　在宅患者オンライン薬剤管理指導料

（１）在宅患者オンライン薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局において、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、情報通信機器を用いた薬剤管理指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、在宅患者訪問薬剤管理指導料１、２及び３並びに在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り算定する。

（２）当該指導料は、保険薬剤師１人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料１から３までと

合わせて週 40 回に限り算定できる。

（３）在宅患者オンライン薬剤管理指導により、服薬管理指導料に係る業務を実施すること。

（４）医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知[54]に沿って実施すること。

（５）訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン薬剤管理指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。

（６）患者の薬剤服用歴等を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう必要な情報を手帳に添付又は記載すること。

（７）薬剤を患家に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。

（８）当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

（９）在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を月２回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は６日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者訪問薬剤管理指導料１から３までと合わせて週２回かつ月８回に限り算定できる。

（10）在宅患者オンライン薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

３　麻薬管理指導加算

（１）麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無の確認を行い、処方箋発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき 22 点を所定点数に加算する。

（２）麻薬管理指導加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

（３）（１）の麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修　厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

（４）麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５」在宅患者訪問薬剤管理指導料の１の（10）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。

54　令和４年３月 31 日薬生発 0331 第 17 号「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則の一部を改正する省令の施行について（オンライン服薬指導関係）」

ア　訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

イ　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）

ウ　処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関　する事項を含む。）の要点

エ　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等に添付することで差し支えない。）

４　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

（１）在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液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患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

（２）当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。

（３）必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。

（４）在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

（５）在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５」在宅患者訪問薬剤管理指導料の１の（10）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、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

イ　訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

ウ　処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

エ　患者又はその家族等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等に添付することで差し支えない。）

（６）在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

５　乳幼児加算

乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事

項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する[44]。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき 12 点を所定点数に加算する。

６　小児特定加算

小児特定加算は、児童福祉法第 56 条の６第２項に規定する障害児である 18 歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する[44]。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき 350 点を所定点数に加算する。また、乳幼児加算を併算定することはできない。

７　在宅中心静脈栄養法加算

（１）在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患家を訪問し、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

（２）当該患者に対し２種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

（３）在宅中心静脈栄養法加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

（４）在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５」在宅患者訪問薬剤管理指導料の１の（10）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　訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化の有無などの確認等）

イ　訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）

ウ　処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

８　その他留意点

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

中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

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

（２）「注９」に規定する交通費は実費とする。

区分１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

（１）在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医（以下この項で単に「保険医」という。）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、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１及び２並びに在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を合わせて月４回に限り算定する。

（２）（１）の規定にかかわらず、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料に係る業務を実施する場合は、１と２を合わせて原則として月８回まで算定できる。ただし、特に医療上の必要がある場合であって、保険医の発行した処方箋に基づくときに限り、月８回を超えて算定することができる。ただし、この場合にあっては、保険医からの指示内容、訪問が必要になった患者の容態等について、必要な薬学的分析を実施し、薬剤服用歴等に記載した上で、当該訪問が必要であった理由を調剤報酬明細書の摘要欄に簡潔に記載すること。

（３）在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象疾患の急変等に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

（４）在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料２は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象となっていない疾患の急変等に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

（５）（３）及び（４）については、情報通信機器を用いて療養上必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する。この場合において、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は算定できない。

（６）（３）から（５）までについては、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。

（７）「１５」在宅患者訪問薬剤管理指導料の１の（４）に規定する同意を得ている場合において、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が緊急訪問薬剤管理指導を行った場合は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、その場合においては、「１５」在宅患者訪問薬剤管理指導料の１の（４）の取扱いに準ずること。

（８）在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（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。

ア　訪問の実施日、訪問した保険薬剤師の氏名

イ　当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医と連携する他の保険医から緊急の要請があった日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨

ウ　訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）

エ　保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

（９）麻薬管理指導加算

ア　麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無の確認を行い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。ただし、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき 22 点を所定点数に加算する。

イ　麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

ウ　アの麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修　厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

エ　麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５の２」在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の（８）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

（イ）訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

（ニ）患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

（10）在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

ア　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状

況及び保管状況について確認し、残液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患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ　当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。

ウ　必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。

エ　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

オ　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５の２」在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の（８）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、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

（ロ）訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

（ハ）処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

（ニ）患者又はその家族等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等に添付することで差し支えない。）

カ　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

(11) 乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する[44]。ただし、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき 12 点を所定点数に加算する。

(12) 小児特定加算は、児童福祉法第 56 条の６第２項に規定する障害児である 18 歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する[44]。ただし、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき 350 点を所定点数に加算する。また、乳幼児加算を併算定することはできない。

(13) 在宅中心静脈栄養法加算

ア　在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ　当該患者に対し２種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

ウ　在宅中心静脈栄養法加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

エ　在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５の２」在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の（８）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在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化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（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）

（ハ）処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

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

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

(15) 「注８」に規定する交通費は実費とする。

(16) 夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算

ア　夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算は、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより、以下に掲げる夜間、休日及び深夜時間帯に、保険薬局の保険薬剤師が、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算定する。ただし、当該夜間、休日及び深夜に、常態として開局している保険薬局は除く。

（イ）夜間訪問加算の対象となる時間帯は、午前８時前と午後６時以降であって深夜を除く時間帯とする。ただし、休日訪問加算に該当する休日の場合は、休日訪問加算により算定する。

（ロ）休日訪問加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日をいう。なお、１月２日、３日、12 月 29 日、30 日及び 31 日は休日として取り扱う。ただし、深夜に該当する場合は深夜訪問加算により算定する。

（ハ）深夜訪問加算の対象となる時間帯は、深夜（午後 10 時から午前６時までの間）とする。

イ　訪問時間については、保険医から日時指定の指示のある場合を除き、処方箋の受付時間又は保険医の指示より直ちに患家を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合に限るものであること。

ウ　夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算を算定する患者については、処方箋の受付時間（又は保険医から指示を受けた時間）及び患家を訪問した時間について、当該患者の薬剤服用歴等に記載すること。

エ　「１５」在宅患者訪問薬剤管理指導料の１の（４）に規定する同意を得ている場合において、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が当該夜間、休日又は深夜時間帯に緊急訪問薬剤管理指導を行った場合（ただし、当該夜間、休日及び深夜に、常態として開局している場合は除く。）は、夜間訪問加算、休日訪問加算又は深夜訪問加算を算定できる。なお、その場合においては、「１５」在宅患者訪問薬剤管理指導料の１の（４）の取扱いに準ずること。

オ　夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算を算定する保険薬局は、開局時間及び当該加算の費用について、患者及びその家族等に対して説明すること。

(17)「注 10」については、患家又は宿泊施設及び入所中の施設を保険薬剤師が緊急に訪問し、当該患者又はその家族等（現にその看護に当たっている者及び当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）対して、必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合に「注１」に規定する計画的な訪問薬剤管理指導の実施の有無によらず算定できる。また、この場合において、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は、別に算定できない。

(18) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

区分１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料

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

（２）在宅患者緊急時等共同指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの病状の急変や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じたことに伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、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、患家を訪問した上で患者に対し療養上必要な薬学的管理指導を行った場合に、

月２回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該薬学的管理指導を行った場合でも算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに薬学的管理指導を行うものであること。また、カンファレンス及びそれに基づく薬学的管理指導１回につき１回に限り算定する。

（３）（１）及び（２）については、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。また、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。

（４）当該カンファレンスは、保険薬局の保険薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。ただし、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の１者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。

（５）（４）において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（６）在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（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。

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保険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又は当該保険医と連携する他の保険医から要請があって患家を訪問し、他の医療関係職種等と共同してカンファレンスを行い、その結果を踏まえて薬学的管理指導を実施した旨及びその理由

ウ　カンファレンスの要点及びカンファレンスの結果を踏まえて実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）

エ　保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

（７）在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料は別に算定できない。また、情報通信機器を用いて療養上必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定し、在宅患者緊急時等共同指導料は算定できない。

（８）在宅患者緊急時等共同指導料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

（９）麻薬管理指導加算

ア　麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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　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　アの麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修　厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

エ　麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５の３」在宅患者緊急時等共同指導料の（６）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

（イ）訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）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、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

（ニ）患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

（10）在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

ア　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液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患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ　当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。

ウ　必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。

エ　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、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。

オ　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５の３」在宅患者緊急時等共同指導料の（６）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

（イ）訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

（ロ）訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

（ハ）処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び

患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

（ニ）患者又はその家族等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等に添付することで差し支えない。）

カ　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

（11）乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する[44]。

（12）小児特定加算は、児童福祉法第 56 条の６第２項に規定する障害児である 18 歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する[44]。また、乳幼児加算を併算定することはできない。

（13）在宅中心静脈栄養法加算

ア　在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ　当該患者に対し２種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

ウ　在宅中心静脈栄養法加算は、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。

エ　在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（４）及び「１５の３」在宅患者緊急時等共同指導料の（６）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

（イ）訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化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（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）

（ハ）処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

（14）保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から 16 キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている保険薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場

合の在宅患者緊急時等共同指導料の算定については 16 キロメートル以内の場合と同様に算定する。

特殊な事情もなく、特に患家の希望により 16 キロメートルを超えて療養上必要な指導を行った場合の在宅患者緊急時等共同指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年3月31日以前に在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注１」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しない。

区分１５の４　退院時共同指導料

（１）退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については２回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、医科点数表の第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

（２）退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

（３）（２）において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（４）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。

（５）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等に、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等に添付する。

（６）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。

（７）退院時共同指導料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

区分１５の５　服薬情報等提供料

（１）服薬情報等提供料は、保険薬局において調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、保険医療機関に当該情報を提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下で医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。

（２）服薬情報等提供料１は、保険医療機関から（５）のアからウに掲げる情報提供の求め

があった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる[44]。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけではなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載すべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。

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、残薬が生じている場合はその理由を薬学的に分析した上で当該保険医療機関に対して情報提供を行った場合

イ　調剤基本料の「注 11」に掲げる医師の指示による分割調剤及びリフィル処方箋による調剤において、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

この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。

・残薬の有無
・残薬が生じている場合はその量及び理由
・副作用の有無
・副作用が生じている場合はその原因の可能性がある薬剤の推定

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

（３）服薬情報等提供料２は、保険薬剤師が患者の服薬状況等について薬学的な分析に基づき患者の薬学的管理に必要な情報を文書により以下のとおり情報提供した場合に算定できる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけではなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載するとともに、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。[44]

ア　服薬情報等提供料「２のイ」

保険薬局の保険薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の服薬に関する（５）のアからエまでに掲げる情報提供の必要性を認めた場合であって、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、副作用の発現状況等を確認し、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、現に歯科医療機関を受診している患者について、当該歯科医療機関に対して他の医療機関の処方に基づく当該患者の服用薬、服薬状況等の情報提供を行った場合が含まれる。

イ　服薬情報等提供料「２のロ」

保険薬局の保険薬剤師がリフィル処方箋に基づく調剤後、処方医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。

ウ　服薬情報等提供料「２のハ」

保険薬局の保険薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の服薬に関する（５）のアからエまでに掲げる情報提供の必要性を認め、介護支援専門員が関与する要介護又は要支援認定を受けた患者で、居宅療養管理指導を同一月に算定していない場合において、患者の同意を得て、当該患者の介護支援専門員に対して、患者の服薬状況等を踏まえた薬学的な分析に基づき、特に必要な情報を文書等により提供した場合。なお、この場合において、介護支援専門員からの情報提供の求めがあった場合においても保険薬

局の保険薬剤師が情報提供の必要性を認めたうえで要件を満たせば算定することができる。

（４）服薬情報等提供料３は、以下の場合に算定できる。

ア　入院を予定している患者について、保険医療機関の求めがあった場合において、患者が服用中の薬剤について、当該患者若しくはその家族等への聞き取り又は他の保険薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、患者が入院を予定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に算定できる。[44]

イ　保険医療機関の求めについては、患者が入院を予定している保険医療機関からの求めのほか、患者が受診している他の保険医療機関からの求めを含む。

ウ　患者の服用薬等については、当該保険薬局で調剤した薬剤、他の保険薬局で調剤された薬剤、保険医療機関で院内投薬された薬剤等を一元的に把握すること。

エ　算定に当たっては、別紙様式１－２[50]又はこれに準ずるものを用いて、以下の内容について保険医療機関への情報提供を行うこと。

・受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報
・服用中の薬剤の一覧
・患者の服薬状況
・併用薬剤等の情報

（５）保険医療機関に対する情報提供の内容は次のとおりとする。

ア　当該患者の服用薬及び服薬状況

イ　当該患者に対する服薬指導の要点

ウ　服薬期間中の患者の状態の変化等、自覚症状がある場合はその原因の可能性がある薬剤の推定

エ　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

（６）服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えや自覚症状がある場合には、患者の自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果を踏まえて服薬指導し、当該分析及び指導の要点を情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすることが望ましい。

（７）（５）のエについては、処方箋の記入上の疑義照会等では算定できない。

（８）保険医療機関への情報提供については、次の場合に算定する。

ア　患者１人につき同一月に２回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月１回のみの算定とする。

イ　複数の保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月１回に限り算定できる。

ウ　処方箋を発行していない保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、必要に応じて処方箋を発行した医療機関の医師又は歯科医師に対して同様の服薬情報等を提供すること。この場合においては、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月１回に限り算定できる。

（９）介護支援専門員に対して服薬情報等を提供し服薬情報等提供料２を算定した場合であって、処方箋を発行した保険医療機関の医師又は歯科医師に対しても同様の服薬情報等

の提供を行った場合においては、服薬情報等提供料２を別に算定できる。ただし、情報提供の内容については、（10）に示すように相手方に応じたものとすること。

（10）保険医療機関への情報提供に当たっては、別紙様式１－１[50]、別紙様式１－２[50]又はこれに準ずる様式の文書等に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付すること。介護支援専門員への情報提供に当たっては、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」（令和４年度・令和５年度厚生労働科学研究費補助金　長寿科学政策研究事業　薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究）等を参照する。また、介護支援専門員への情報提供については、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」別添の報告書様式及び薬学的評価シートを参考に当該患者の生活様式を踏まえた薬学的分析を行うとともに、情報提供の際には介護支援専門員が理解しやすい表現で実施する。

（11）服薬情報等提供料は、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。また、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料若しくは在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に係る情報提供を行った場合は算定できない。

（12）服薬情報等提供料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

区分１５の６　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

（１）在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、薬剤服用歴等又は患者及びその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。ただし、複数項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。

（２）受け付けた処方箋について処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「１」を算定し、処方箋の交付前に処方しようとする医師へ処方に係る提案を行い、当該提案に基づく処方内容の処方箋を受け付けた場合には「２」を算定する。

（３）「１」のイ及び「２」のイにおける「残薬調整に係るもの以外の場合」とは、次に掲げる内容が該当する。

ア　併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）

イ　併用薬、飲食物等との相互作用

ウ　そのほか薬学的観点から必要と認める事項

（４）「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方箋について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「１」の「ロ」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「２」の「ロ」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。

（５）在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、受け付けた処方箋に基づき実施した場合は、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等に記載する。

（６）在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、処方箋の交付前に行った処方医

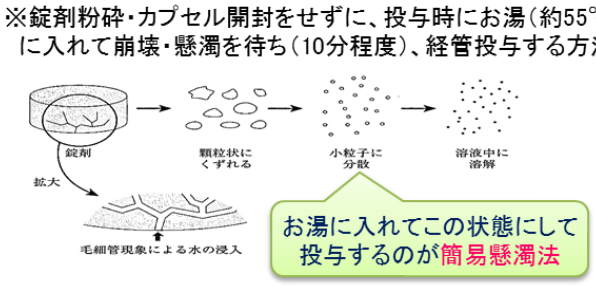
への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに薬学的見地から検討した内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載する。この場合において、医療従事者間のＩＣＴを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。

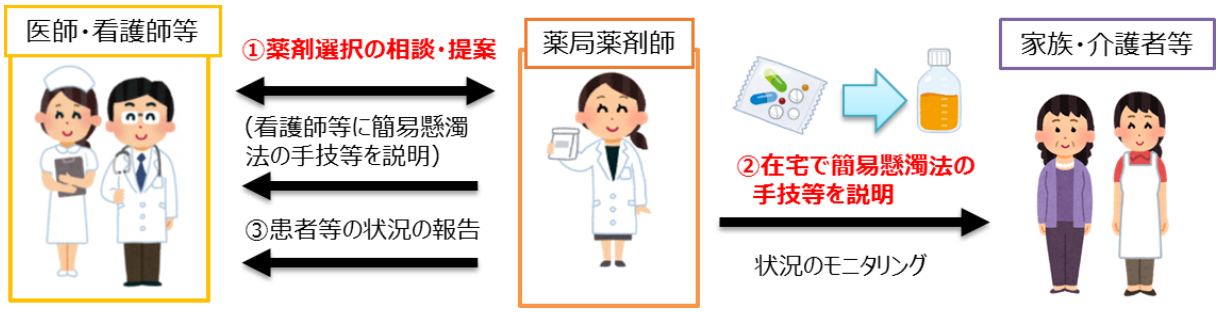
（７）同時に複数の処方箋を受け付け、複数の処方箋について薬剤を変更した場合であっても、１回に限り算定する。

（８）在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

区分１５の７　経管投薬支援料

（１）経管投薬支援料は、胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者に対して、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に算定する。





（２）当該加算に係る服薬支援は、以下の場合に患者の同意を得て行うものであること。

ア　保険医療機関からの求めがあった場合

イ　家族等の求めがあった場合等、服薬支援の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき

（３）「簡易懸濁法」とは、錠剤の粉砕やカプセルの開封等を行わず、経管投薬の前に薬剤を崩壊及び懸濁させ、投薬する方法のことをいう。

（４）「必要な支援」とは主に次に掲げる内容をいう。

ア　簡易懸濁法に適した薬剤の選択の支援

イ　患者の家族又は介助者が簡易懸濁法により経管投薬を行うために必要な指導

ウ　必要に応じて保険医療機関への患者の服薬状況及びその患者の家族等の理解度に係る情報提供

（５）患者１人につき複数回の支援を行った場合においても、１回のみの算定とする。

（６）患者の服薬状況等を保険医療機関に情報提供した場合であって所定の要件を満たすときは、服薬情報等提供料１、２又は３を算定できる。

（７）経管投薬支援料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

区分１５の８　在宅移行初期管理料

（１）在宅移行初期管理料は、在宅での療養に移行する予定の服薬管理に係る支援が必要な患者に対して、計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前に、保険薬剤師が患家を訪問して、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と連携しながら、退院時の処方内容を踏まえた薬剤の調整、残薬の整理、適切な服薬方法の提案等の必要な薬学的管理及び指導を行うことを評価するものである。[55]

（２）在宅移行初期管理料は、以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から保険薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援の行う必要性があると判断したものを対象とする。

ア　認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第 56 条の６第２項に規定する障害児である 18 歳未満の患者、６歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。

イ　在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が１人の場合に限る。）、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも保険薬局の保険薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が１人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。

（３）（２）のイの場合においては、「１５」在宅患者訪問薬剤管理指導料の１の（２）及び（12）における単一建物診療患者の取扱いに準ずること。

（４）必要な薬学的管理及び指導として、薬物療法に係る円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続の観点から、以下に掲げる業務を実施すること。

ア　患者及びその家族等から、服薬状況、居住環境、家族関係等の薬学的管理に必要な情報を収集すること。

イ　患家における残薬の確認及び整理並びに服薬管理方法の検討及び調整を行うこと。

ウ　日常の服薬管理を適切に行うことができるよう、ポリファーマシーへの対応や服用回数を減らすための観点も踏まえ、必要に応じて医師等と使用する薬剤の内容を調整すること。

エ　在宅での療養に必要な情報を当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と共有すること。

オ　退院直後の患者の場合は、入院していた医療機関と連携し、入院中の処方内容に関する情報や、患者の退院に際して実施された指導の内容などに関する情報提供文書を活用した服薬支援を実施することが望ましい。

（５）実施した薬学的管理及び指導の内容等について薬剤服用歴等に記載し、必要に応じて、薬学的管理指導計画書を作成・見直しすること。また、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員に対して必要な情報提供を文書で行うこと。なお、この場合の文書での情報提供については、服薬情報等提供料を別途算定できない。

---

[55] 問 24　訪問薬剤管理指導を実施している在宅での療養を行っている患者が入院した場合であって、退院後に再び在宅療養を継続する場合に、在宅移行初期管理料を算定できるか。

（答）算定不可。本管理料は在宅での療養に移行する予定の患者であって計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前の段階における薬学的管理及び指導に対する評価であり、入院前に訪問薬剤管理指導を実施していた場合など、すでに在宅療養における環境が整っている患者においては、本管理料の対象とならない。

〔令和６年３月 28 日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その１）」〕

（６）在宅移行初期管理料は、計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して（４）に掲げる業務を実施した場合に算定する。なお、この場合に実施した服薬管理の支援等については、外来服薬支援料１を別途算定できない。

（７）在宅移行初期管理料は、当該患者において在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が１人の場合に限る。）、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも保険薬局の保険薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が１人の場合に限る。）の算定した初回算定日の属する月に１回に限り算定する。

（８）在宅移行初期管理料に係る業務について、「１５」に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の１の（４）に規定する在宅協力薬局が実施した場合は算定できない。

（９）（６）に掲げる訪問を実施した日付について、調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(10)「注２」に規定する交通費は実費とする。

(11) 在宅移行初期管理料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

３－４　第３節　薬剤料

区分２０　使用薬剤料

（１）投薬時における薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。[56]

なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

（２）保険薬局が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費を負担させて差し支えないが、患者が当該吸入器を返還した場合は当該実費を返還する。

（３）被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため（天災地変その他やむを得ない場合を除く。）再交付された処方箋に基づいて、保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

（４）内服用液剤を投与する際には常水（水道水、自然水）を使用するが、特に蒸留水を使用しなければならない理由があれば使用して差し支えない。

（５）薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。

（６）「注２」の多剤投与の場合の算定[57]

---

[56] 平成 17 年９月１日保医発第 0901002 号「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（改正；令和６年３月 21 日保医発 0321 第５号）の２（３）参照

[57] 問 25　使用薬剤料について、特別調剤基本料Ａ又はＢを算定する保険薬局において、１処方につき７種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定することと定められたが、

①　ここでの「１処方につき７種類以上」とは、「同一処方月日において７種類以上」という理解でよいか。

②　当該種類数のカウントの取扱いは、保険薬局が処方箋を受け付けた後に残薬調整等により一部の内服薬が削除された場合においては、削除された内服薬は種類数のカウントに含めないという理解でよいか。

③　医療上の必要性が認められ、賦形・矯味矯臭目的で賦形剤・矯味矯臭剤を保険請求する場合においては、賦形剤・矯味矯臭剤についても当該種類数のカウントに含めるという理解でよいか。

（答）①～③いずれもそのとおり。

〔令和６年３月 28 日事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その１）」〕

ア　「注２」の算定は、特別調剤基本料Ａ及び特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局に限り、１回の処方箋受付のうち、内服薬（内服用滴剤を含む。以下、（イ）及び（ホ）について同じ。）についてのみ対象とする。

この場合の「種類」については、次のように計算する。

（イ）内服薬の種類に屯服薬は含めない。

（ロ）錠剤、カプセル剤については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

（ハ）散剤、顆粒剤、液剤、浸煎薬及び湯薬については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

（ニ）（ハ）の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、１種類とする。

（ホ）複数の診療科を標榜する同一保険医療機関における異なる診療科の複数の保険医が発行する処方箋を同時に受け付けた場合は、内服薬の「種類」については、それぞれの処方箋の内服薬の「種類」を合計して計算する。

イ　「注２」の「所定点数」とは、１回の処方箋受付のうち、所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、浸煎薬にあっては１調剤分）ごとの内服薬の薬剤料（単位薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数）をいう。

Ⅳ　保険調剤に関するその他の留意事項

１　領収証等の交付

（１）領収証

保険薬局は、患者負担金の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。〔薬担規則第４条の２第１項〕[58]

（２）明細書

電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求（以下「レセプト電子請求」という。）を行うことが義務づけられた保険薬局は、領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。〔薬担規則第４条の２第２項、第３項〕

ア　患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口に「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにする。院内掲示は別紙様式７[59]を参考とする。

イ　レセプト電子請求が義務付けられた保険薬局は、公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）についても、明細書を無償で発行しなければならない。ただし、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある診療所については患者から求められたときに交付することで足りる。なお、院内掲示等については、アと同様に取り扱う。

ウ　明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目（イの場合にあっては、療養に要する費用の請求に係る計算の基礎となった項目）ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式５[59]を標準とするが、このほか、調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険薬局において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はない。

エ　レセプト電子請求が義務付けられていない保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険薬局の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含

58　令和６年３月５日保発 0305 第 11 号「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」参照

59　令和６年３月５日保発 0305 第 11 号「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」の別紙様式参照

む。）を薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式９[59]を参考とする。

オ　明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努める。

カ　明細書の発行状況に関し、院内掲示することとされている事項については、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならない。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。なお、令和７年５月 31 日までの間は経過措置を設けている。

２　届出事項の変更

保険薬局の開設者は、次の事由が生じたときは、速やかに、その旨及びその年月日を指定に関する管轄地方厚生局長等に届け出なければならない。〔保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令（昭和32年厚生省令第13号。以下「登録省令」という。）第８条〕

- 管理薬剤師の変更（異動）
- 保険薬剤師の異動
- 開設者の変更（異動）
- 保険薬剤師の氏名の変更
- 保険薬局の名称の変更
- 保険薬局の所在地の変更（区画変更等）

３　標示・掲示

ア　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項[60]を掲示しなければならない。〔薬担規則第２条の４〕

・保険薬局に係る厚生労働大臣が定める掲示事項（掲示事項等告示第 13 関係）[61]

１　保険薬局が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、薬担規則上院内掲示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象とした。

また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならない。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。なお、ウェブサイトへの掲載について、令和７年５月 31 日までの間、経過措置を設けている。

２　具体的には、従来から院内掲示とされていたものを含め、以下の３つの事項を院内掲示事項及びウェブサイト掲載事項として定めたものである。

①調剤報酬点数表の第２節区分番号「１０の２」調剤管理料及び区分番号「１０の３」服薬管理指導料に関する事項

②調剤報酬点数表に基づき地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項

60　別に厚生労働大臣が定める事項は、療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号。改正；令和６年厚生労働省告示第 56 号。以下「掲示事項等告示」という。）第 13 に規定されている。

61　令和６年３月 27 日保医発 0327 第 10 号「「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について」

③薬担規則第４条の２第２項及び第４条の２の２第１項並びに療担基準[62]第 26 条の５第２項及び第 26 条の５の２第１項に規定する明細書の発行状況に関する事項

イ　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、評価療養、患者申出療養又は選定療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。〔薬担規則第４条の３第２項〕

保険薬局は、原則として、評価療養、患者申出療養又は選定療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。〔薬担規則第４条の３第３項〕

なお、ウェブサイトへの掲載について、令和７年５月31日までの間、経過措置を設けている。

ウ　保険薬局は、例えば、次のような掲示等を行わなければならない。

（ア）「保険薬局」である旨の標示〔登録省令第７条〕

（イ）調剤報酬点数表の一覧等[63]

（ウ）調剤報酬点数表に基づき地方厚生（支）局長に届け出た事項〔掲示事項等告示第13〕[64]

- 地域支援体制加算に関する事項
- 後発医薬品調剤体制加算に関する事項
- 無菌製剤処理加算に関する事項
- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する事項
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料に関する事項

等

（エ）明細書の発行状況に関する事項（上記１（２）参照）

（オ）夜間・休日等加算を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示するとともに、夜間・休日等加算の対象となる日及び受付時間帯を薬局内の分かりやすい場所に掲示する。[18]

（カ）医療情報取得加算を算定する保険薬局においては、以下の事項について薬局内に掲示するとともに、原則として、ウェブサイトに掲載し、必要に応じて患者に対して説明する。[18]

- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、診療情報、薬剤情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を行うこと。

４　医療保険と介護保険の給付調整

例えば、健康保険法では、その第55条第３項で、「被保険者に係る療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給は、同一の疾病又は負傷について、介護保険法の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない。」と規定されている。

これは、要介護被保険者又は居宅要支援被保険者（以下「要介護被保険者等」という。）

62　高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和 58 年厚生省告示第 14 号）

63　令和６年３月５日保医発 0305 第４号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（留意事項通知）の別添３　調剤報酬点数表に関する事項の＜通則＞

64　地方厚生（支）局長に届け出ていない事項が掲示されていることがあるので注意する。

については、原則として、介護保険給付が医療保険給付より優先されるが、別に厚生労働大臣が定める場合については、医療保険から給付できるということであり、これを医療保険と介護保険の給付調整という。

ア　介護調整告示について

要介護被保険者等である患者（介護医療院に入所中の患者を除く。）に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成20年厚生労働省告示第128号。介護調整告示）によるものである。[65]

イ　医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項[65]

・　月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、１月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものである。

・　在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について

介護保険における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した日は調剤に係る在宅患者緊急時等共同指導料を算定できない。

５　調剤報酬請求の適正化

保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。〔薬担規則第２条の２〕

保険薬剤師は、その行つた調剤に関する情報の提供等について、保険薬局が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなるよう努めなければならない。〔薬担規則第 10 条の２〕

・　健康保険法及び調剤報酬点数表、薬剤師法、医薬品医療機器等法等関係法令について十分に理解し、保険調剤を行う必要がある。[66]

厚生労働省では、保険調剤の質的向上及び適正化を図るために、厚生労働省のホームページ（https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/shidou_kansa.html）に、調剤報酬の請求に際して誤りがおきる場合、個別指導において指摘する機会がある事項等を集めた「保険調剤確認事項リスト」を毎年公開していますので、ご覧頂き、今後の適切な保険調剤の実施にお役立て頂ければ幸いです。

・　調剤報酬請求に当たっては、保険薬剤師が、処方箋、調剤録、調剤報酬明細書（調剤レセプト）との突合チェックを行い、適切な請求を行うことが重要である。

・　審査支払機関からの増減通知については、確認後すぐに廃棄せずに保管し、翌月以降の調剤報酬請求に活用するなど、常に適正化に努める必要がある。

65　令和６年３月 27 日老老発 0327 第１号・保医発 0327 第８号「「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について」

66　知りませんでした、勉強不足でした、は通用しません。

Ⅴ　健康保険法等に基づく指導・監査

１　根拠法令等

（１）根拠法令

健康保険法[67]、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律

（２）実施に関する基本的事項の規定

指導大綱、監査要綱（平成７年12月22日保発第117号保険局長通知）

２　指導

（１）目的、指導方針（指導大綱）

ア　保険調剤の質的向上及び適正化を図る。

イ　保険調剤の取扱い、調剤報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う。

（２）指導の対象

社会保険の医療担当者である保険薬局及び保険薬剤師

（３）指導形態

指導の形態には、集団指導、集団的個別指導、個別指導がある。

ア　集団指導は、保険薬局又は保険薬剤師を一定の場所に集めて講習等の方式により行うものであり、保険薬局の新規指定時、指定更新時、保険薬剤師の新規登録時、診療報酬の改定時等に行われる。

イ　集団的個別指導は、保険医療機関等の機能、診療科等を基準とする類型区分[68]に応じて、レセプトの１件当たりの平均点数[69]が高い保険医療機関等[70]を一定の場所に集めて講義形式等で行う指導である。

ウ　個別指導には、

67　健康保険法の場合の規定
（厚生労働大臣の指導）
第７３条　保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。
（保険医療機関又は保険薬局の報告等）
第７８条　厚生労働大臣は、療養の給付に関して必要があると認めるときは、保険医療機関若しくは保険薬局若しくは保険医療機関若しくは保険薬局の開設者若しくは管理者、保険医、保険薬剤師その他の従業者であった者（以下この項において「開設者であった者等」という。）に対し報告若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、保険医療機関若しくは保険薬局の開設者若しくは管理者、保険医、保険薬剤師その他の従業者（開設者であった者等を含む。）に対し出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは保険医療機関若しくは保険薬局について設備若しくは診療録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

68　薬局は１区分である。

69　類型区分（薬局は１区分である。）ごとに、保険医療機関等のレセプトの総点数をレセプトの総件数で除したもの

70　レセプト１件当たりの平均点数が都道府県の平均点数の一定割合を超えるもの、かつ、前年度及び前々年度に集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等を除き、類型区分ごとの保険医療機関等の総数の上位より概ね８％の範囲のものが集団的個別指導の対象となる。

（ア）地方厚生(支)局及び都道府県が実施

都道府県個別指導

（イ）厚生労働省並びに地方厚生(支)局及び都道府県が実施

共同指導

特定共同指導・・・同一開設者に係る複数の都道府県に所在する保険薬局が対象がある。[71]

（４）個別指導後の措置

「概ね妥当」、「経過観察」、「再指導」、「要監査」がある。

（５）健康保険法に基づく指導への理解等

- 薬局開設者は、指導の主旨を十分に理解し、指導に出席してください。
- 薬局の開設者が複数の保険薬局を開設している場合は、指導（結果）の内容を踏まえ、他の保険薬局についても自主的な点検を実施し、保険調剤のより一層の質的向上及び適正化を図ってください。

３　監査

（１）監査方針（監査要綱）

調剤内容又は調剤報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。

（２）監査後の措置

ア　行政上の措置

保険薬局・保険薬剤師の「取消」[72]、「戒告」、「注意」がある。

仮に監査の場で、不正・不当な請求を行っていたことが明らかになれば、保険薬局の指定や保険薬剤師の登録の取消等の厳しい行政処分が下されることとなる。

取消処分となった場合、原則５年間は再指定・再登録は行わないこととなっている。

イ　経済上の措置

不正・不当な請求により支払われた調剤報酬については、保険者に対する返還金[73]も発生することとなる。

（３）不正請求の代表例

不正請求には、次のようなものがある。

①無資格者調剤：非薬剤師による調剤

71　特定共同指導・共同指導における主な指摘事項を厚生労働省のホームページ（https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/shidou_kansa.html）に掲載している。

72　取消処分の基準は以下のとおりであり〔監査要項〕、故意でなくとも、重大な過失がしばしば行われていれば、処分の対象となり得る。

故意に不正又は不当な診療（調剤）を行ったもの。

故意に不正又は不当な診療報酬（調剤報酬）の請求を行ったもの。

重大な過失※により、不正又は不当な診療（調剤）をしばしば行ったもの。

重大な過失※により、不正又は不当な診療報酬（調剤報酬）の請求をしばしば行ったもの。

73　40%の加算金が加えられることもある。〔健康保険法第 58 条第３項〕

②架空請求：調剤の事実がないものを調剤したとして請求

③付増請求：実際に行った調剤内容に実際に行っていない調剤内容を付増して請求

④振替請求：実際に行った調剤内容を点数の高い別の調剤内容に振替えて請求

こうした法令に対する不正な行為は、医療保険の世界に限らず社会のどの分野においてもあってはならないことであるが、特に現物給付出来高払いを基本とする医療保険制度を維持するためには致命的なものである。故意に不正請求をするのは論外であり、通常の調剤報酬請求を行っているのであれば起こり得ないものである。

保険薬局の指定や保険薬剤師の登録を取り消された場合、医療を受ける側である住民に対して多大な悪影響を与えることとなる。

POINT

・　保険薬局の指定、保険薬剤師の登録がなされたということは、自らの意志で保険者との間で交わした公法上の契約に基づく調剤（保険調剤）を行うということである。

・　契約に違反した場合には、契約の解除（保険薬局の指定取消、保険薬剤師の登録取消）につながることがある。

４　令和５年度における指導・監査等の実施状況（概況）[74]

（１）指導・監査等による返還金額（医科、歯科、調剤を含む。）

保険医療機関等から返還を求めた額は、４６億２,３３８万円

（内訳）　指導による返還分：　１３億５,３９０万円

適時調査[75]による返還分：　３１億９,５５７万円

監査による返還分：　７,３９１万円

（２）取消の状況

ア　保険医療機関等の指定取消：　８件（うち、薬局０件）

指定取消相当[76]：１０件（うち、薬局１件）

イ　保険医等の登録取消：１３名（うち、薬剤師０名）

登録取消相当[76]：　１名（うち、薬剤師０名）

74　https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000188884_00004.html

75　適時調査：施設基準を届け出ている保険医療機関等について、地方厚生(支)局が当該保険医療機関等に直接赴いて、届け出られている施設基準の充足状況を確認するために行う調査

76　「取消相当」とは、本来、取消処分（保険医療機関等の指定取消、保険医等の登録取消）を行うべき事案について、保険医療機関等が既に廃止され、又は保険医等が既にその登録を抹消している等のため、これら行政処分を行えない場合に行われる取扱いであり、取消処分の場合と同様、取消相当である旨が公表されるほか、原則として５年間、再指定（再登録）を受けることができないこととなる。

参考　監査の実施状況（保険薬局、保険薬剤師）

	保険薬局（件）		保険薬剤師（人）	
	監査を受けた数	取消処分	監査を受けた数	取消処分
平成１５年度	9	6	２８	2
平成１６年度	5	2	１０	2
平成１７年度	１７	5	２０	6
平成１８年度	7	2	１５	0
平成１９年度	5	4	１３	5
平成２０年度	3	2	１２	2
平成２１年度	１１	0	２５	0
平成２２年度	１４	2※	３８	0※
平成２３年度	１６	4※	３９	3※
平成２４年度	9	8※	１７	6※
平成２５年度	１０	1※	３３	1※
平成２６年度	7	7※	３２	8※
平成２７年度	8	1※	２２	1※
平成２８年度	7	1※	４０	1※
平成２９年度	8	1※	４０	0※
平成３０年度	8	3※	１８	2※
令和元年度	9	3※	２１	0※
令和２年度	7	0※	２１	0※
令和３年度	7	4※	１７	0※
令和４年度	3	2※	１５	1※
令和５年度	2	1※	１２	0※

※平成２２年度以降は取消相当を含む。

資料１

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

（昭和三十二年厚生省令第十六号。改正：令和六年厚生労働省令第百五十四号）

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第四十三条ノ四第一項及び第四十三条ノ六第一項（これらの規定を同法第五十九条ノ二第七項において準用する場合を含む。）の規定に基き、並びに日雇労働者健康保険法（昭和二十八年法律第二百七号）及び船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）を実施するため、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を次のように定める。

（療養の給付の担当の範囲）

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

（療養の給付の担当方針）

第二条　保険薬局は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

（適正な手続の確保）

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

（健康保険事業の健全な運営の確保）

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

一　保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うこと。

二　保険医療機関又は保険医に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与すること。

２　前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

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

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

（掲示）

第二条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第四条の三第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

２　保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

（処方箋の確認等）

第三条　保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及び次に掲げるいずれかの方法によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

一　保険医等が交付した処方箋

二　法第三条第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）

三　患者の提出し、又は提示する資格確認書

四　当該保険薬局が、過去に取得した当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報（保険給付に係る費用の請求に必要な情報を含む。）を用いて、保険者に対し、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法により、あらかじめ照会を行い、保険者から回答を受けて取得した直近の当該情報を確認する方法（当該患者が当該保険薬局から療養の給付（居宅における薬学的管理及び指導に限る。）を受けようとする場合であつて、当該保険薬局から電子資格確認による確認を受けてから継続的な療養の給付を受けている場合に限る。）

五　その他厚生労働大臣が定める方法

２　患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「次に掲げるいずれかの」とあるのは「第二号又は第四号に掲げる」と、「事由によつて」とあるのは「事由によつて第二号又は第四号に掲げる方法により」とする。

３　療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）附則第三条の四第一項の規定により同項に規定する書面による請求を行つている保険薬局及び同令附則第三条の五第一項の規定により届出を行つた保険薬局については、前項の規定は、適用しない。

４　保険薬局（前項の規定の適用を受けるものを除く。）は、第二項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。

（要介護被保険者等の確認）

第三条の二　保険医療機関等は、患者に対し、居宅療養管理指導その他の介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第一項に規定する居宅サービス又は同法第八条の二第一項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、同法第十二条第三項に

規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第六十二条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

（患者負担金の受領）

第四条　保険薬局は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金並びに法第八十六条の規定による療養についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第百十条の規定による家族療養費として支給される額（同条第二項第一号に規定する額に限る。）に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

２　保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

（領収証等の交付）

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

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

３　前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

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

２　前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。

（保険外併用療養費に係る療養の基準等）

第四条の三　保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第四条第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

２　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

３　保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

（調剤録の記載及び整備）

第五条　保険薬局は、第十条の規定による調剤録に、療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の調剤録と区別して整備しなければならない。

（処方箋等の保存）

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

（通知）

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

一　正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。

二　詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

（後発医薬品の調剤）

第七条の二　保険薬局は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

（調剤の一般的方針）

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

２　保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。

３　保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

（使用医薬品）

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

（健康保険事業の健全な運営の確保）

第九条の二　保険薬剤師は、調剤に当たつては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。

（調剤録の記載）

第十条　保険薬剤師は、患者の調剤を行つた場合には、遅滞なく、調剤録に当該調剤に関する必要な事項を記載しなければならない。

（適正な費用の請求の確保）

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

（読替規定）

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

（表略）

附　則

（施行期日）

１　この省令は、昭和三十二年五月一日から施行する。

（健康保険及び船員保険保険薬剤師療養担当規程の廃止）

２　健康保険及び船員保険保険薬剤師療養担当規程（昭和二十五年十月厚生省告示第二百七十五号）は、廃止する。

資料２

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

（平成十八年厚生省告示第百七号。改正：令和七年四月三十日厚生労働省告示第百五十四号）

第一　～　第九　（略）

第十　厚生労働大臣が定める注射薬等

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

（略）

二　投薬期間に上限が設けられている医薬品

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

イ　麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第二条第一項第一号に規定する麻薬((二)に掲げるものを除く。)

ロ　麻薬及び向精神薬取締法第二条第一項第六号に規定する向精神薬((二)及び(三)に掲げるものを除く。)

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

（略）

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

イ　内服薬

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

ロ　外用薬

フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬

ハ　注射薬

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

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

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

第十の二　療担規則第二十条第三号ロ及び療担基準第二十条第四号ロの厚生労働大臣が定める医薬品

第十第二号に規定する医薬品及び貼付剤

第十一　～　第十五　（略）

参考１

指　　導　　大　　綱

第1　目的

この大綱は、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事が、健康保険法（大正11年法律第70号）第73条（同法及び船員保険法（昭和14年法律第73号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第41条及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第66条（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関若しくは保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）又は保険医若しくは保険薬剤師（以下「保険医等」という。）に対して行う健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求に関する指導について基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

第2　指導方針

指導は、保険医療機関等及び保険医等に対し「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和32年厚生省令第15号）、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」（昭和32年厚生省令第16号）、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年厚生省令第36号）、「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）、「入院時食事療養費に係る食事療養費及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）、「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」（昭和58年厚生省告示第14号）等に定める保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う。

なお、指導を行うに当たっては、医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、円滑な実施に努める。

第3　指導形態

指導の形態は、次のとおりとする。

1　集団指導

集団指導は、地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で、指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

2　集団的個別指導

集団的個別指導は、地方厚生（支）局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

3　個別指導

個別指導は、厚生労働省又は地方厚生（支）局及び都道府県が次のいずれかの形態により、指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。

（1） 地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うもの（以下「都道府県個別指導」という。）
（2） 厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うもの（（3）に掲げるものを除く。以下「共同指導」という。）
（3） 厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の保険医療機関等又は緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた保険医療機関等について行うもの。（以下「特定共同指導」という。）

第4 指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定

指導は、原則としてすべての保険医療機関等及び保険医等を対象とするが、効果的かつ効率的な指導を行う観点から、指導形態に応じて次の基準に基づいて対象となる保険医療機関等又は保険医等の選定を行う。

1 選定委員会の設置等

（1） 地方厚生（支）局分室等（北海道厚生局にあっては当該厚生局（医療指導課）、その他の地方厚生（支）局にあっては当該厚生（支）局（指導監査課）及び分室）に地方厚生（支）局長が指名する技官及び事務官等を構成員とする選定委員会を設置する。

なお、選定委員会には都道府県の職員も参画することができる。

（2） 選定委員会においては、集団的個別指導及び都道府県個別指導の対象となる保険医療機関等並びに共同指導及び特定共同指導の対象候補となる保険医療機関等について、選定基準に照らして公正に選定を行う。

（3） 選定委員会は、選定に当たり必要と認められるときは、都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「支払基金等」という。）に意見を聴くことができる。

（4） 共同指導及び特定共同指導の対象となる保険医療機関等については、対象候補の中から厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が協議のうえ選定を行う。

2 集団指導の選定基準

次の選定基準に基づいて選定する。

（1） 新規指定の保険医療機関等については、概ね1年以内にすべてを対象として実施する。

（2） 診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修指定病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

3 集団的個別指導の選定基準

保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。以下同じ。）の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く。以下「高点数保険医療機関等」という。）について1件当たりの平均点数が高い順に選定する。

なお、集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

4 個別指導の選定基準

（1） 都道府県個別指導

次に掲げるものについて、原則として全件都道府県個別指導を実施する。

① 支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等

② 個別指導の結果、第7の1の（2）に掲げる措置が「再指導」であった保険医療機関等又

は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関等

③ 監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関等

④ 集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等

⑤ 集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお、高点数保険医療機関等に該当するもの（ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない。）

⑥ 正当な理由がなく集団的個別指導を拒否した保険医療機関等

⑦ その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等

（2） 共同指導

① 過去における都道府県個別指導にもかかわらず、診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られず、共同指導が必要と認められる保険医療機関等

② 支払基金等から診療内容又は診療報酬の請求に関する連絡があり、共同指導が必要と認められる保険医療機関等

③ 集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの（ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない。）

④ その他特に共同指導が必要と認められる保険医療機関等

（3） 特定共同指導

① 医師等の卒後教育修練や高度な医療を提供する医療機関である臨床研修指定病院、大学附属病院、特定機能病院等の保険医療機関

② 同一開設者に係る複数の都道府県に所在する保険医療機関等

③ その他緊急性を要する場合等であって、特に特定共同指導が必要と認められる保険医療機関等

第5 指導担当者

地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行う指導については、原則として地方厚生（支）局にあっては、地方厚生（支）局長が指名する技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護師が、都道府県にあっては、都道府県において適当と認める者が担当する。

厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行う指導については、上記に加えて厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官が担当する。

第6 指導方法等

1 集団指導

（1） 指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を決定したときは、地方厚生（支）局はあらかじめ集団指導の日時、場所、出席者等を文書により当該保険医療機関等又は保険医等に通知する。なお、当該通知には、当該集団指導を地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

（2） 出席者

保険医療機関等を対象とした集団指導については、指導の内容等により決定する。

(3)指導の方法

集団指導は、保険診療の取扱い、診療報酬請求事務、診療報酬の改定内容、過去の指導事例等について、講習、講演等の方法で行う。

2 集団的個別指導

(1) 指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方厚生(支)局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には、当該個別指導を地方厚生(支)局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

① 集団的個別指導の根拠規定及び目的
② 指導の日時(土曜日及び休日を除く。)及び場所
③ 出席者
④ 準備すべき書類等

(2) 出席者

指導に当たっては、原則として指導対象となる保険医療機関等の管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医等、診療報酬請求事務担当者等の出席を求める。

(3) 指導の方法

指導は、原則として少数の診療報酬明細書に基づき、個別に簡便な面接懇談方式により行う。指導の際には、翌年度においても高点数保険医療機関等に該当した場合は、翌々年度における個別指導の対象となることを伝える。

(4) 学識経験者の立会いの依頼等

① 健康保険法第73条第2項(同法及び船員保険法において準用する場合を含む。)、国民健康保険法第41条第2項及び高齢者の医療の確保に関する法律第66条第2項(同法において準用する場合を含む。)の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、地方厚生(支)局長は都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会(以下「都道府県医師会等」という。)に対して文書等により立会いの依頼を行う。

また、都道府県医師会等が指導に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方厚生(支)局長は支払基金等に対して審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

② 地方厚生(支)局長及び都道府県知事は、指導時において立会者に意見を述べる機会を与えなければならない。

3 個別指導

(1) 指導実施通知

指導対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方厚生(支)局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には当該個別指導を厚生労働省並びに地方厚生(支)局及び都道府県又は地方厚生(支)局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

① 個別指導の根拠規定及び目的
② 指導の日時(土曜日及び休日を除く。)及び場所
③ 出席者
④ 準備すべき書類等

(2) 出席者

指導に当たっては、指導対象となる保険医療機関等の開設者（又はこれに代わる者）及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医等、診療報酬請求事務担当者、看護担当者等の出席を求める。

（3） 指導の方法

指導は、原則として指導月以前の連続した2カ月分の診療報酬明細書に基づき、関係書類等を閲覧し、面接懇談方式により行う。

（4） 学識経験者の立会いの依頼等

集団的個別指導に準じて立会いの依頼等を行う。ただし、共同指導又は特定共同指導の場合にあっては、厚生労働大臣から日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会（以下「日本医師会等」という。）に対しても、文書等により立会いの依頼を行う。

（5） 指導記録の作成

指導担当者は、指導後、指導内容を記録する。

第7 指導後の措置等

1 指導後の措置

（1） 集団的個別指導

翌年度においても高点数保険医療機関に該当した場合、翌々年度に個別指導を行う。

なお、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等にあっては、集団的個別指導後、概ね一年以内に都道府県個別指導を行う。

（2） 個別指導

個別指導後の措置は、次のとおりとし、診療内容及び診療報酬の請求の妥当性等により措置する。

① 概ね妥当

診療内容及び診療報酬の請求に関し、概ね妥当適切である場合

② 経過観察

診療内容又は診療報酬の請求に関し、適正を欠く部分が認められるものの、その程度が軽微で、診療担当者等の理解も十分得られており、かつ、改善が期待できる場合

なお、経過観察の結果、改善が認められないときは、当該保険医療機関等に対して再指導を行う。

③ 再指導

診療内容又は診療報酬の請求に関し、適正を欠く部分が認められ、再度指導を行わなければ改善状況が判断できない場合

なお、不正又は不当が疑われ、患者から受療状況等の聴取が必要と考えられる場合は、速やかに患者調査を行い、その結果を基に当該保険医療機関等の再指導を行う。

患者調査の結果、不正又は著しい不当が明らかとなった場合は、再指導を行うことなく当該保険医療機関等に対して「監査要綱」に定めるところにより監査を行う。

④ 要監査

指導の結果、「監査要綱」に定める監査要件に該当すると判断した場合

この場合は、後日速やかに監査を行う。

なお、指導中に診療内容又は診療報酬の請求について、明らかに不正又は著しい不当が疑われる場合にあっては、指導を中止し、直ちに監査を行うことができる。

2 指導結果の通知等

(1) 集団的個別指導

指導担当者は、集団的個別指導が終了した時点において、当該保険医療機関等に対し、口頭で指導の結果を説明する。

(2) 個別指導

地方厚生(支)局は、指導の結果及び指導後の措置について文書により当該保険医療機関等に通知する

なお、指導担当者は、個別指導が終了した時点において、当該保険医療機関等に対し、口頭で指導の結果を説明する。

3 改善報告書の提出

地方厚生(支)局は、当該保険医療機関等に対して、前記2の(2)の指導の結果で指摘した事項に係る改善報告書の提出を求める。

第8 指導拒否への対応

1 正当な理由がなく集団的個別指導を拒否した場合は、個別指導を行う。

2 正当な理由がなく個別指導を拒否した場合は、監査を行う。

第9 その他

1 共同指導又は特定共同指導を行うに当たり、必要があると認められる場合には、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

2 地方厚生(支)局は指導の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

参考２

監　　査　　要　　綱

第1　目的

この要綱は、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事が、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条（同法及び船員保険法（昭和14年法律第73号）において準用する場合を含む。）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条の2及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第72条（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）に対し、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療（調剤を含む。以下同じ。）の内容又は診療報酬（調剤報酬を含む。以下同じ。）の請求について行う監査に関する基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

第2　監査方針

監査は、保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。

第3　監査対象となる保険医療機関等の選定基準

監査は、次のいずれかに該当する場合に、地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うものとする。

1　診療内容に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

2　診療報酬の請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。

3　度重なる個別指導（「指導大綱」に定める「個別指導」をいう。以下同じ。）によっても診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られないとき。

4　正当な理由がなく個別指導を拒否したとき。

第4　監査担当者

監査は、原則として地方厚生（支）局にあっては、地方厚生（支）局長が指名する、技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護師が、都道府県にあっては都道府県において適当と認める者が担当する。必要と認められる場合は、厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官も共同して担当する。

第5　監査の方法等

1　事前調査

監査担当者は、原則として監査を実施する前に診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。）による書面調査を行うとともに、必要と認められる場合には、患者等に対する実地調査を行う。

2　監査実施通知

監査対象となる保険医療機関等を決定したときは、地方厚生（支）局はあらかじめ次に掲げる事項を文書により、当該保険医療機関等に通知する。なお、当該通知には、当該監査を地方厚生

（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うことを明記するものとする。

（1） 監査の根拠規定

（2） 監査の日時（土曜日及び休日を除く。）及び場所

（3） 出席者

（4） 準備すべき書類等

3 出席者

監査に当たっては、監査対象となる保険医療機関等の開設者（又はこれに代わる者）及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医若しくは保険薬剤師（以下「保険医等」という。）、診療報酬請求事務担当者、看護担当者その他の従業者（これらの職にあった者を含む。）又は関係者の出席を求める。

4 学識経験者の立会いの依頼等

（1） 健康保険法第78条第2項において準用する同法第73条第2項（同法及び船員保険法において準用する場合を含む。）、国民健康保険法第45条の2第4項において準用する同法第41条第2項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第2項において準用する同法第66条第2項（同法において準用する場合を含む。）の規定に基づく立会いの必要があると認めたときは、厚生労働大臣にあっては日本医師会、日本歯科医師会又は日本薬剤師会（以下「日本医師会等」という。）に対して、地方厚生（支）局長にあっては都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会（以下「都道府県医師会等」という。）に対して、文書等により立会いの依頼を行う。

また、日本医師会等又は都道府県医師会等が監査に立ち会わない場合にあって、必要があると認めたときは、地方厚生（支）局長は都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「支払基金等」という。）に対して文書等により審査委員の立会いの依頼を行うことができる。

（2） 厚生労働大臣又は地方厚生（支）局長及び都道府県知事は、監査時において立会者に意見を述べる機会を与えなければならない。

5 監査調書の作成

監査担当者は、監査後、監査調書を作成する。

第6 監査後の措置

1 行政上の措置

行政上の措置は、健康保険法第80条の規定に基づく保険医療機関等の指定の取消、同法第81条の規定に基づく保険医等の登録の取消（以下「取消処分」という。）並びに保険医療機関等及び保険医等に対する戒告及び注意とし、不正又は不当の事案の内容により、次の基準によって行う。

（1） 取消処分

地方厚生（支）局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか1つに該当するときには、当該地方厚生（支）局に置かれる地方社会保険医療協議会に諮問して、取消処分を行う。

なお、地方厚生（支）局長は、地方社会保険医療協議会へ諮問する前に、関係資料を添えて厚生労働省保険局長に内議を行う。

① 故意に不正又は不当な診療を行ったもの。

② 故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③ 重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④ 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

(2)戒告

地方厚生(支)局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか1つに該当するときは、戒告を行う。

① 重大な過失により、不正又は不当な診療を行ったもの。

② 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

③ 軽微な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行ったもの。

④ 軽微な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行ったもの。

(3)注意

地方厚生(支)局長は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか1つに該当するときは、注意を行う。

① 軽微な過失により、不正又は不当な診療を行ったもの。

② 軽微な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求を行ったもの。

2 聴聞

地方厚生(支)局長は、監査の結果、当該保険医療機関等又は保険医等が取消処分に該当すると認められる場合には、監査後、取消処分予定者に対して、行政手続法(平成5年法律第88号)の規定に基づき聴聞を行わなければならない。

なお、その際必要に応じ都道府県国民健康保険課、後期高齢者医療主管課等の職員も関係行政庁の職員として聴聞に参加することができる。

3 行政上の措置の通知

地方厚生(支)局長は、行政上の措置を行ったときは、当該保険医療機関等又は保険医等に対し措置の種類、根拠規定、その原因となる事実等について文書により通知を行う。

4 経済上の措置

(1) 地方厚生(支)局及び都道府県は、監査の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し不正又は不当の事実が認められ、これに係る返還金が生じた場合には、該当する保険者に対し、医療機関等の名称、返還金額等必要な事項を通知し、当該保険者から支払基金等に連絡させ、当該医療機関等に支払うべき診療報酬からこれを控除させるよう措置する。

この取扱いにより難いときは、支払基金等から当該保険者に連絡させ、返還金相当額を当該医療機関等から直接、当該保険者に返還させるよう措置する。

(2) 地方厚生(支)局及び都道府県は、返還の対象となった診療報酬に係る被保険者等が支払った一部負担金等に過払いが生じている場合には、監査対象となった医療機関等に対して、当該一部負担金等を当該被保険者等に返還するよう指導する。

また、該当する保険者に対しては、当該被保険者等あてにその旨通知するよう指導する。

(3) 監査の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し不正又は不当の事実が認められた場合における当該事項に係る返還期間は、原則として5年間とする。

5 行政上の措置の公表等

(1) 地方厚生(支)局長は、監査の結果、取消処分を行ったときは、「保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する政令」(昭和32年政令第87条)第2条(同令第2条の2において準用する場合を含む。)又は第9条の規定に基づき、速やかにその旨を公示する。

(2) 地方厚生(支)局及び都道府県は、監査の結果、戒告又は注意の行政上の措置を行ったときは、保険者団体、都道府県医師会等及び支払基金等に対し、その旨を連絡する。

(3) 地方厚生(支)局長及び都道府県知事は、戒告又は注意を受けた保険医療機関等に対しては、一定期間内に個別指導を実施する。

第7 再指定

保険医療機関等が取消処分を受け、5年を経過しない場合等においては、健康保険法第65条第3項の規定に基づき、その指定を拒むことができる。ただし、取消処分を受けた医療機関の機能、事案の内容等を総合的に勘案し、地域医療の確保を図るため特に必要があると認められる場合であって、診療内容又は診療報酬の請求に係る不正又は著しい不当に関わった診療科が、相当の期間保険診療を行わない場合については、取消処分と同時に又は一定期間経過後に当該医療機関を保険医療機関として指定することができる。

第8 その他

1 監査を行うに当たっては、日本医師会等、都道府県医師会等、支払基金等及び各保険者に協力を求め円滑な実施に努める。

2 厚生労働省並びに地方厚生(支)局及び都道府県が共同して行う監査に当たり、必要があると認められる場合は、厚生労働省の顧問医師団を構成する医療技術参与を派遣する。

3 地方厚生(支)局は、監査及び行政措置の実施状況について、別に定めるところにより厚生労働省保険局医療課に報告する。

【メモ】