

事 務 連 絡

平成 30 年 3 月 14 日

都道府県薬剤師会

担当事務局 御中

日 本 薬 剤 師 会

事務局 医薬・保険課

平成 30 年度調剤報酬改定等に係る資料の送付について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 30 年度診療報酬（調剤報酬）改定に関する通知の発出につきましては、平成 30 年 3 月 5 日付け日薬業発第 359 号にてお知らせしたところですが、別添のとおり、新旧対照等の関連資料を作成いたしました。ご参考までにお送りいたしますので、貴会会務にご活用ください。

なお、これら資料につきましては、近日中に当会ホームページに掲載予定であることを申し添えます。

<別添>

1. 新旧対照

- ① 調剤報酬点数表
- ② 医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方箋関連を含む）
- ③ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等
- ④ 特掲診療料の施設基準等

2. 平成 30 年度調剤報酬改定に係る経過措置

3. 調剤報酬点数一覧

平成 30 年度調剤報酬等改定項目①

○調剤報酬点数表

(平成 30 年 4 月 1 日施行予定)

項目	改正前	改正後
第 1 節 調剤技術料		
区分 00 調剤基本料 (処方せんの受付 1 回につき) 【項目の見直し】	1 調剤基本料 1 41 点 2 調剤基本料 2 25 点 3 調剤基本料 3 20 点 4 調剤基本料 4 31 点 5 調剤基本料 5 19 点	1 調剤基本料 1 41 点 2 調剤基本料 2 25 点 3 調剤基本料 3 <u>イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数 4 万回を超え 40 万回以下の場合 20 点</u> <u>ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数 40 万回を超える場合 15 点</u> (削除) (削除)
【注の見直し】	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、 <u>処方せんの受付 1 回につき</u> 、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、 <u>当該基準に係る区分に従い</u> 、調剤基本料 1 <u>又は調剤基本料 4</u> により算定する。	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、 <u>処方箋の受付 1 回につき</u> 、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、調剤基本料 1 により算定する。
【注の見直し】	注 2 <u>注 1 の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については</u> 、特別調剤基本料として 15 点を算定する。	注 2 <u>別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては</u> 、注 1 本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、 <u>処方箋の受付 1 回につき 10 点</u> を算定する。
【注の見直し】	注 3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。 <u>ただし、処方せんの受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局を除く。</u>	注 3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。
【注の削除】	注 4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には</u> 、 <u>基準調剤加算として所定点数に 32 点を加</u>	(削除)

	算する。 なお、区分番号 00 の 1 に掲げる調剤基本料 1 を算定している保険薬局においてのみ加算できる。	
【注の追加】	(追加)	<u>注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に 35 点を加算する。</u>
【注の見直し】	注 5 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号）第 7 条の 2 に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 後発医薬品調剤体制加算 1 18 点 ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 22 点	注 5 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号）第 7 条の 2 に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 後発医薬品調剤体制加算 1 18 点 ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 22 点 <u>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 26 点</u>
【注の追加】	(追加) 注 6 (略) 注 7 (略)	<u>注 6 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、所定点数から 2 点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局を除く。</u> 注 7 (略) 注 8 (略)
【注の見直し】	注 8 医師の分割指示に係る処方せん受付（注 6 及び注 7 に該当する場合を除く。）において、1 回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2 回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方せんを交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号 00 に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号 01 に掲げる調剤料及びその加算並びに第 2 節に掲げる薬学管理料は、 <u>分割回数が 2 回</u> の場合は、それぞれの所定点数の 2 分の 1	注 9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注 7 及び注 8 に該当する場合を除く。）において、1 回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2 回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号 00 に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号 01 に掲げる調剤料及びその加算並びに第 2 節に掲げる薬学管理料は、 <u>それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を 1 分割調</u>

	に相当する点数を、分割回数が3回以上の場合は、それぞれの所定点数の3分の1に相当する点数を1分割調剤につき算定する。	剤につき算定する。
区分01 調剤料		
1 内服薬 （浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 【点数の見直し】	イ 14日分以下の場合（略） ロ 15日分以上21日分以下の場合 <u>70点</u> ハ 22日分以上30日分以下の場合 <u>80点</u> ニ 31日分以上の場合 <u>87点</u>	イ 14日分以下の場合（略） ロ 15日分以上21日分以下の場合 <u>67点</u> ハ 22日分以上30日分以下の場合 <u>78点</u> ニ 31日分以上の場合 <u>86点</u>
5 注射薬 【注の見直し】	注2 5の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ <u>65点、75点又は65点</u> （6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ <u>130点、140点又は130点</u> ）を加算する。	注2 5の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、 <u>無菌製剤処理加算として</u> 、1日につきそれぞれ <u>67点、77点又は67点</u> （6歳未満の乳幼児の場合にあつては、1日につきそれぞれ <u>135点、145点又は135点</u> ）を <u>所定点数</u> に加算する。
第2節 薬学管理料		
区分10 薬剤服用歴管理指導料 （処方せんの受付1回につき） 【点数の見直し】	1 原則6月以内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 <u>38点</u> 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 <u>50点</u> 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 <u>38点</u>	1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 <u>41点</u> 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 <u>53点</u> 3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 <u>41点</u>
【注の見直し】	注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せんを持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、 <u>50点</u> を算定する。 イ～ホ（略）	注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、 <u>本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点</u> を算定する。 イ～ホ（略）
【注の見直し】	注4 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、 <u>30点</u> を所定点数に加算する。	注4 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、 <u>重複投薬・相互作用等防止加算として、次</u>

		<p><u>に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</u></p> <p><u>ロ 残薬調整に係るものの場合 30点</u></p>
【注の見直し】	注6 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、 <u>10点</u> を所定点数に加算する。	注6 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、 <u>乳幼児服薬指導加算として、12点</u> を所定点数に加算する。
【注の追加】	(追加)	<u>注9 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1又は注2に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1及び注2の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注3から注6までに規定する加算は算定できない。</u>
区分 13 の 2 かかりつけ薬剤師指導料 【点数の見直し】	<u>70点</u>	<u>73点</u>
【注の見直し】	注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、 <u>30点</u> を所定点数に加算する。	注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、 <u>重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u>
【注の見直し】	注5 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、 <u>10点</u> を所定点数に加算する。	注5 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、 <u>乳幼児服薬指導加算として、12点</u> を所定点数に加算する。
区分 13 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料 【点数の見直し】	<u>270点</u>	<u>280点</u>

区分 14 の 3 服用薬 剤調整支援料 【項目の新設】	(新規)	服用薬剤調整支援料 125 点 <u>注 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が 2 種類以上減少した場合に、月 1 回に限り所定点数を算定する。</u>										
区分 15 在宅患者訪問 薬剤管理指導料 【項目の見直し】	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">1 同一建物居住者以外の場合</td> <td style="width: 50%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">650 点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2 同一建物居住者の場合</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">300 点</td> </tr> </table>	1 同一建物居住者以外の場合	650 点	2 同一建物居住者の場合	300 点	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">1 単一建物診療患者が 1 人の場合</td> <td style="width: 50%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">650 点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">320 点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">3 1 及び 2 以外の場合</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">290 点</td> </tr> </table>	1 単一建物診療患者が 1 人の場合	650 点	2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	320 点	3 1 及び 2 以外の場合	290 点
1 同一建物居住者以外の場合	650 点											
2 同一建物居住者の場合	300 点											
1 単一建物診療患者が 1 人の場合	650 点											
2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	320 点											
3 1 及び 2 以外の場合	290 点											
【注の見直し】	<p>注 1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、<u>1</u>については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、<u>2</u>については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、<u>1</u>と<u>2</u>を合わせて患者 1 人につき月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週 2 回かつ月 8 回）に限り算定する。この場合において、<u>1</u>と<u>2</u>を合わせて保険薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定できる。</p>	<p>注 1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、<u>単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い</u>、患者 1 人につき月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週 2 回かつ月 8 回）に限り算定する。この場合において、<u>1 から 3 まで</u>を合わせて保険薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定できる。</p>										
【注の追加】	(追加)	<p><u>注 3 在宅で療養を行っている 6 歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1 回につき 100 点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注 4 (略)</p> <p>注 5 (略)</p>										
区分 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理	(追加)	<p><u>注 3 在宅で療養を行っている 6 歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、</u></p>										

指導料 【注の追加】	注3 (略) 注4 (略)	<u>患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</u> 注4 (略) 注5 (略)
区分 15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料 【注の見直し】	注1 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の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、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、 <u>訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。</u>	注1 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の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、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、 <u>訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。</u>
【注の追加】	(追加) 注3 (略) 注4 (略)	<u>注3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</u> 注4 (略) 注5 (略)
区分 15 の 5 服薬情報等提供料 【項目の見直し】	<u>20点</u>	<u>1 服薬情報等提供料 1 30点</u> <u>2 服薬情報等提供料 2 20点</u>
【注の見直し】	注1 <u>患者、その家族等若しくは保険医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1</u>	注1 <u>1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月に1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</u>

	回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。	
【注の追加】	(追加)	<u>注2</u> 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
	<u>注2</u> (略)	<u>注3</u> (略)
区分 15 の 6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 【項目の見直し】	<u>30</u> 点	<u>1</u> 残薬調整に係るもの以外の場合 <u>40</u> 点 <u>2</u> 残薬調整に係るものの場合 <u>30</u> 点
第5節 経過措置	平成 24 年 3 月 31 日以前に区分番号 15 の注 1 に規定する医師の指示があった患者については、区分番号 15 の注 <u>3</u> 、区分番号 15 の 2 の注 <u>3</u> 及び区分番号 15 の 3 の注 <u>3</u> の規定は適用しない。	<u>1</u> 平成 24 年 3 月 31 日以前に区分番号 15 の注 1 に規定する医師の指示があった患者については、区分番号 15 の注 <u>4</u> 、区分番号 15 の 2 の注 <u>4</u> 及び区分番号 15 の 3 の注 <u>4</u> の規定は適用しない。 <u>2</u> 区分番号 00 の注 6 に係る規定は、平成 30 年 9 月 30 日までの間は、適用しない。 <u>3</u> 区分番号 10 の注 9 に係る規定は、平成 31 年 3 月 31 日までの間は、適用しない。

平成 30 年度調剤報酬等改定項目②

○医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方箋関連を含む）

（平成 30 年 4 月 1 日施行予定）

項目	改正前	改正後
第 1 章 基本診療料 第 2 節 再診料 A001 再診料 【注の追加】	<p>注 13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、<u>30 点を所定点数に加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(追加)</p>	<p>注 13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、<u>認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p style="margin-left: 2em;">イ <u>認知症地域包括診療加算 1 35 点</u></p> <p style="margin-left: 2em;">ロ <u>認知症地域包括診療加算 2 28 点</u></p> <p>注 14 <u>注 12 又は注 13 の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第 8 条第 28 項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30 点を更に所定点数に加算する。</u></p>
A234 医療安全体制加算（入院初日） 【点数の見直し】 【注の追加】	<p>1 医療安全体制加算 1 85 点</p> <p>2 医療安全体制加算 2 <u>35 点</u></p> <p style="text-align: right;">(追加)</p>	<p>1 医療安全体制加算 1 85 点</p> <p>2 医療安全体制加算 2 <u>30 点</u></p> <p>注 2 <u>医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施</u></p>

<p>【項目の見直し】 【注の追加】</p>		<p><u>投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。</u></p>
<p>B001-2 小児科外来診療料（1日につき） 【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p><u>注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>B001-2-9 地域包括診療料（月1回） 【点数の追加】 【注の追加】</p>	<p>地域包括診療料 <u>1,503点</u> (追加)</p>	<p>地域包括診療料 <u>1 地域包括診療料1 1,560点</u> <u>2 地域包括診療料2 1,503点</u> <u>注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>B001-2-10 認知症地域包括診療料 【項目の見直し】 【注の追加】</p>	<p>認知症地域包括診療料（月1回） <u>1,515点</u> (追加)</p>	<p>認知症地域包括診療料（月1回） <u>1 認知症地域包括診療料1 1,580点</u> <u>2 認知症地域包括診療料2 1,515点</u> <u>注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設</u></p>

		<p><u>設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30 点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>B001-2-11 小児かかりつけ診療料 (1 日につき) 【注の追加】</p>	(追加)	<p><u>注 4 1 のイ又は 2 のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80 点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>B004 退院時共同指導料 1 【注の見直し】</p>	<p>注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後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の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>	<p>注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号及び区分番号 B 005 において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号 B 005 において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、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 回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と 1 回以上共同して</p>

		<p>行う場合は、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>
<p>B004 退院時共同指導料 2 【注の見直し】</p>	<p>注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、<u>地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>	<p>注 1 <u>保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>が、入院中の患者に対して、<u>当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）<u>、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、<u>当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）</u>と 1 回以上、共同して行う場合は、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>
<p>第 2 部 在宅医療 第 1 節 在宅患者診療・指導料 C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 【項目の見直し】 【注の見直し】</p>	<p>在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <u>同一建物居住者以外の場合 650 点</u> 2 <u>同一建物居住者以外の場合 300 点</u> <p>注 1 <u>1</u>については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「<u>同一建物居住者</u>」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、<u>2</u>については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限</p>	<p>在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <u>単一建物診療患者が 1 人の場合 650 点</u> 2 <u>単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 320 点</u> 3 <u>1 及び 2 以外の場合 290 点</u> <p>注 1 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、<u>単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）</u>の人数に従い、患者 1 人</p>

	<p>る。) であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、<u>1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</u></p> <p>(追加)</p>	<p>につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、<u>1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</u></p> <p><u>注4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>第5部 投薬 通則</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p><u>注4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</u></p> <p><u>注5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</u></p>
<p>第5部 投薬 第2節 処方料 F100 処方料 【項目の見直し】</p>	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <u>20点</u></p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間</p>	<p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬<u>又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬</u>（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <u>18点</u></p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間</p>

	<p>が2週間以内のもの及び区分番号 A001 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。) を行った場合 29 点</p> <p>3 1 及び2 以外の場合 42 点</p>	<p>が2週間以内のもの及び区分番号 A 001 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。) を行った場合 <u>又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）</u> を行った場合 29 点</p> <p>3 1 及び2 以外の場合 42 点</p>
【注の見直し】	<p>注8 区分番号 A000 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A002 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の <u>60</u> に相当する点数により算定する。</p>	<p>注 8 区分番号 A000 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 002 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の <u>40</u> に相当する点数により算定する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p><u>注 10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号 F 400 において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 12 点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号 A 250 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 008-2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</u></p>
<p>第 3 節 薬剤料 F200 薬剤 【注の見直し】</p>	<p>注 2 1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬 <u>又は</u> 3 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時的投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を</p>	<p>注 2 1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬、3 種類以上の抗精神病薬 <u>又は</u> 4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時的投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等により</p>

	<p>行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 区分番号A000 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A002 に掲げる外来診療料の注2 又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣 が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の <u>60</u> に相当する点数により算定する。</p>	<p>やむを得ず投与するものを除く。) を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 区分番号A000 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A002 に掲げる外来診療料の注2 又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の <u>40</u> に相当する点数により算定する。</p>
<p>第5節 処方せん料 F400 処方せん料 【項目の見直し】</p>	<p>処方せん料</p> <p>1 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬又は 3 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時的投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <u>30点</u></p> <p>2 1 以外の場合であって、7 種類以上の内服薬の投薬（臨時的投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のもの及び区分番号 A001 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 <u>40点</u></p> <p>3 1 及び2 以外の場合 <u>68点</u></p>	<p>処方箋料</p> <p>1 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬、3 種類以上の抗精神病薬 <u>又は 4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬</u>の投薬（臨時的投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <u>28点</u></p> <p>2 1 以外の場合であって、7 種類以上の内服薬の投薬（臨時的投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のもの及び区分番号 A001 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 <u>又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して 1 年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点</u></p> <p>3 1 及び2 以外の場合 <u>68点</u></p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 区分番号A000 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A002 に掲げる 外来診療料の注2 又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣 が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の <u>60</u> に相当する点数により算定</p>	<p>注2 区分番号A000 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A002 に掲げる 外来診療料の注2 又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の <u>40</u> に相当する点数により算定</p>

	<p>する。</p> <p>注5 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、月 1 回に限り、1 処方につき 65 点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注4の加算は算定できない。</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 3点 ロ 一般名処方加算 2 2点</p>	<p>する。</p> <p>注5 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、<u>特定疾患処方管理加算2として</u>、月 1 回に限り、1 処方につき 66 点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に<u>特定疾患処方管理加算1</u>は算定できない。</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ<u>所定点数</u>に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 6点 ロ 一般名処方加算 2 4点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p><u>注8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</u></p>
<p>第1節 注射料 第2款 無菌製剤処理料 G020 無菌製剤処理料 【注の見直し】</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植入手術カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険医療機関において、<u>皮内注射、皮下注射、筋肉内注射</u>、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植入手術カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。</p>

平成 30 年度調剤報酬等改定項目③

○療担規則、薬担規則等

(平成 30 年 4 月 1 日施行予定)

項目	改正前	改正後
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）	<p>(処方せんの交付)</p> <p>第 23 条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第 2 号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。</p> <p>2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。</p>	<p>(処方せんの交付)</p> <p>第 23 条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第 2 号若しくは第 2 号の 2 又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。</p> <p>2 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。</p>
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）	<p>第 4 条の 2 の 2 前条第 2 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 4 条第 1 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、患者から求めがあつたときは、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っ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。</p> <p>2 （略）</p>	<p>第 4 条の 2 の 2 前条第 2 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 4 条第 1 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っ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。</p> <p>2 （略）</p>
保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成 24 年厚生労働省令第 26 号）	<p>附則 (保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正に伴う経過措置)</p> <p>第 3 条 領収証を交付するに当たり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場合は、第 2 条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第 4 条の 2 第 2 項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとする。</p> <p>2 明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、新薬担規則第 4 条の 2 第 3 項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができる。</p>	<p>附則 (削除)</p>
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	<p>第 26 条の 5 の 2 前条第 2 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</p>	<p>第 26 条の 5 の 2 前条第 2 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</p>

<p>及び担当に関する基準 (昭和 58 年厚生省告示第 14 号)</p>	<p>担当した場合（第 26 条の 4 第 1 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、<u>患者から求めがあつたときは、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。</u></p> <p>2 (略)</p>	<p>当した場合（第 26 条の 4 第 1 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。</p> <p>2 (略)</p>
<p>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の一部を改正する件（平成 24 年厚生労働省告示第 74 号）</p>	<p>ただし、保険医療機関（病院を除く。）及び<u>保険薬局</u>において、領収証を交付するに当たり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場合は、この告示による改正後の第 5 条の 2 第 2 項又は第 26 条の 5 第 2 項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとし、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第 5 条の 2 第 3 項又は第 26 条の 5 第 3 項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができるものとする。</p>	<p>ただし、保険医療機関（病院を除く。）において、領収証を交付するに当たり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場合は、この告示による改正後の第 5 条の 2 第 2 項又は第 26 条の 5 第 2 項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとし、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第 5 条の 2 第 3 項又は第 26 条の 5 第 3 項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができるものとする。</p>

<h2 style="margin: 0;">処 方 箋</h2> <p style="margin: 0;">(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)</p> <p style="margin: 0; text-align: right;">分割指示に係る処方箋 分割の 〇 回目</p>												
公費負担者番号				保 険 者 番 号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								
患 者	氏 名		保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日	明大昭平 年 月 日	男・女	電 話 番 号								
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名			(印)					
都道府県番号		点数表番号	医療機関コード									
交付年月日		平成 年 月 日		処方箋の使用期間		平成 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
処 方	変更不可 (個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)											
	備考 保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)											
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供												
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号								

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

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____

FAX番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

平成 30 年度調剤報酬等改定項目④

○特掲診療科の施設基準等

(平成 30 年 4 月 1 日施行予定)

項目	改正前	改正後
第 15 調剤	<p>1 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1) 調剤基本料 1 の施設基準</p> <p>イ (2)のイ又は(3)のイのいずれにも該当しない保険薬局であること。</p> <p>ロ <u>当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険薬局において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 34 条第 3 項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が 5 割を超えること。</u></p> <p>(2) 調剤基本料 2 の施設基準</p> <p>イ 以下のいずれかに該当する保険薬局（(3)のイに該当するものを除く。）であること。</p> <p>① <u>処方せんの受付回数が 1 月に 4,000 回を超えること。（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 7 割を超える場合に限る。）</u></p> <p>② <u>処方せんの受付回数が 1 月に 2,000 回を超えること。（①に該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が 9 割を超える場合に限る。）</u></p> <p>③ <u>特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数が 1 月に 4,000 回を超えること。（①又は②に該当する場合を除く。）</u></p>	<p>1 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1) 調剤基本料 1 の施設基準</p> <p><u>1 の(2)から(4)まで又は 3 の(1)いずれにも該当しない保険薬局であること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(2) 調剤基本料 2 の施設基準</p> <p>以下のいずれかに該当する保険薬局（<u>(3)、(4)及び 3 の(1)</u>に該当するものを除く。）であること。</p> <p>① <u>処方箋</u>の受付回数が 1 月に 4,000 回を超えること。（特定の保険医療機関に係る<u>処方箋</u>による調剤の割合が 7 割を超える場合に限る。）</p> <p>② <u>処方箋</u>の受付回数が 1 月に 2,000 回を超えること。（①に該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る<u>処方箋</u>による調剤の割合が <u>8 割 5 分</u>を超える場合に限る。）</p> <p>③ 特定の保険医療機関に係る<u>処方箋</u>の受付回数 <u>（当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在している場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数とする。）</u> が 1 月</p>

	<p>(新設)</p> <p><u>□ 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割を超えること。</u></p> <p>(3)調剤基本料3の施設基準</p> <p><u>イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。）における処方せんの受付回数の合計が1月に40,000回を超えるグループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>① 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が9割5分を超えること。</p> <p><u>□ 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割を超えること。</u></p> <p>(4)調剤基本料4の施設基準</p> <p><u>(1)のイに該当する保険薬局のうち、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険薬局であること。</u></p> <p>(5)調剤基本料5の施設基準</p> <p><u>(2)のイに該当する保険薬局のうち、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険薬局であること。</u></p>	<p>に4,000回を超えること。(①又は②に該当する場合を除く。)</p> <p><u>④ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一グループ（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。）に属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。）が、1月に4,000回を超えること。（①から③までに該当する場合を除く。）</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(3)調剤基本料3のイの施設基準</p> <p>同一グループの保険薬局における<u>処方箋</u>の受付回数の合計が1月に<u>40,000回を超えて、400,000回以下のグループ</u>に属する保険薬局（<u>3の(1)に該当するものを除く。</u>）のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>① 特定の保険医療機関に係る<u>処方箋</u>による調剤の割合が<u>8割5分</u>を超えること。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(4)調剤基本料3のロの施設基準</p> <p><u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に400,000回を超えるグループに属する保険薬局（3の(1)に該当するものを除く。）のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>① <u>特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超えること。</u></p> <p>② <u>特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
--	---	---

<p>2 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準</p> <p><u>(1) 次の全てを満たす保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>当該保険薬局に勤務している保険薬剤師の5割以上が、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に適合している薬剤師であること。</u></p> <p>ロ <u>かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の算定について、相当の実績を有していること。</u></p> <p><u>(2) 調剤基本料1を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割を超えていること。</u></p> <p style="text-align: right;">(新設)</p>	<p>2 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準</p> <p><u>(1) 基本診療料の施設基準等の別表第6の2に規定する地域に所在すること。</u></p> <p><u>(2) 当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療を担当するものを除く。）について、許可病床数が200床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が7割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。</u></p> <p><u>(3) 処方箋受付回数が1月に2,500回を超えないこと。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>2の3 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>(1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超えること。</u></p> <p><u>(2) 1の(1)から(4)までのいずれにも該当しない保険薬局であること。</u></p>
<p>3 調剤基本料の注3に規定する保険薬局 <u>かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を1年間実施していない保険薬局であること。</u></p>	<p>3 調剤基本料の注3に規定する保険薬局 <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>(1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（医科点数表の初診料の注4に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。）が5割以下であること。</u></p> <p><u>(2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（医薬品の契約に占める、販売側と購入側の価格交渉において、医薬品の価値に見合った一品目ごとの価格で交渉・合意し、契約を交わし</u></p>

	<p><u>た割合をいう。）及び一律値引き契約（販売側と購入側の価格交渉において、全ての品目を総価で交渉し、総価に見合うよう個々の医薬品の単価を薬価一律値引きにより合意し、契約を交わすことをいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。</u></p> <p><u>(3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局（処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。）であること。</u></p>
<p>4 <u>基準調剤加算の施設基準</u> (新設)</p> <p>(1) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。</p> <p>(2) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。</p> <p>(3) 一定時間以上開局していること。</p> <p>(4) 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(5) 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。</p> <p>(6) <u>麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</u></p> <p>(7) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管</p>	<p>4 <u>地域支援体制加算の施設基準</u></p> <p>(1) <u>地域医療に貢献する体制を有し、その活動における相当な実績を有していること。ただし、調剤基本料1を算定している保険薬局にあたっては、本文の規定にかかわらず、次のいずれにも該当するものであること。</u></p> <p><u>イ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</u></p> <p><u>ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。</u></p> <p><u>ハ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。</u></p> <p>(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。</p> <p>(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。</p> <p>(4) 一定時間以上開局していること。</p> <p>(5) 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(6) 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(7) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、24時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管</p>

<p>理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(8) <u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。</u></p> <p>(9) <u>当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。</u></p> <p>(10) <u>当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。</u></p> <p>(11) <u>かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。</u></p> <p style="text-align: right;">(新設)</p> <p>(12) <u>特定の保険医療機関に係る処方せんに</u>による調剤の割合が<u>9割</u>を超える場合にあつては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>3割以上</u>であること。</p>	<p>理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(8) <u>当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。</u></p> <p>(9) <u>当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(10) 該当保険薬局以外の医療従事者等に対して、医薬品に係る医療安全に資する情報共有を行うにつき必要な体制が整備され、一定の実績を有していること。</u></p> <p>(11) <u>特定の保険医療機関に係る処方箋</u>による調剤の割合が<u>8割5分</u>を超える場合にあつては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>5割以上</u>であること。</p>
<p>5 後発医薬品調剤体制加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>6割5分以上</u>であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合<u>7割5分以上</u>であること。</p> <p style="text-align: right;">(新設)</p>	<p>5 後発医薬品調剤体制加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>7割5分</u>以上であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>8割</u>以上であること。</p> <p><u>(4) 後発医薬品調剤体制加算3の施設基準</u> <u>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算</u></p>

<p>(新設)</p>	<p><u>した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が8割5分以上であること。</u></p> <p><u>5の2 調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</u> <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が2割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</u></p> <p><u>(2) (1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。</u></p>
<p>(新設)</p>	<p><u>6の2 調剤料に係る別に厚生労働大臣が定める時間</u> <u>当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。）を除く。）</u></p>
<p>(新設)</p>	<p><u>10の2 薬剤服用歴管理資料の注9に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</u> <u>適切な手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局であること。</u></p>
<p>別表第3の3 薬剤管理指導料の対象患者及び薬剤服用歴管理指導料に規定する医薬品</p> <p>抗悪性腫瘍剤</p> <p>免疫抑制剤</p> <p>不整脈用剤</p> <p>抗てんかん剤</p> <p>血液凝固阻止剤</p> <p>ジギタリス製剤</p> <p>テオフィリン製剤</p> <p>カリウム製剤（注射薬に限る。）</p> <p>精神神経用剤</p> <p>糖尿病用剤</p> <p>膵臓ホルモン剤</p> <p>抗HIV薬</p>	<p>別表第3の3 薬剤管理指導料の対象患者及び薬剤服用歴管理指導料に規定する医薬品</p> <p>抗悪性腫瘍剤</p> <p>免疫抑制剤</p> <p>不整脈用剤</p> <p>抗てんかん剤</p> <p>血液凝固阻止剤 <u>（内服薬に限る）</u></p> <p>ジギタリス製剤</p> <p>テオフィリン製剤</p> <p>カリウム製剤（注射薬に限る。）</p> <p>精神神経用剤</p> <p>糖尿病用剤</p> <p>膵臓ホルモン剤</p> <p>抗HIV薬</p>

平成 30 年度調剤報酬改定に係る経過措置

点数	該当部分	経過措置	備考
調剤基本料	注 6 (後発医薬品減算 ▲2 点) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 後発医薬品の数量割合が 2 割以下 ➢ 毎年 7/1 に当該報告を行っていない 	平成 30 年 9 月 30 日 まで適用しない	
地域支援体制加算	医薬品に係る医療安全情報の共有体制整備 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 前年 1 年間にヒヤリハット事例提供の実績あり、かつ、薬局機能情報提供制度の「プレイボイド事例の把握・収集に関する取組」あり 	平成 31 年 3 月 31 日 まで適用しない	
	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 副作用報告に係る手順書の作成、報告実施体制 	平成 30 年 9 月 30 日 まで適用しない	日薬において、手順書作成のための資料として、「医薬関係者の副作用報告ガイダンス骨子」※を踏まえた薬局における副作用報告への取組みに関する資料を作成中。3～4 月頃を目途に公表予定。
	地域医療貢献体制を示す相当の実績 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 麻薬管理指導加算 (10 回以上) ➢ 服用薬剤調整支援料 (1 回以上) 	平成 30 年 9 月 30 日 まで適用しない	麻薬管理指導加算については、経過措置の間は「1 回以上」
薬剤服用歴管理指導料	注 9 (薬剤服用歴管理指導料の特例 13 点) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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 	平成 31 年 3 月 31 日 まで適用しない	
かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料	薬剤師の勤務経験 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 当該保険薬局の在籍期間 (1 年以上) 	平成 30 年 9 月 30 日 まで適用しない	経過措置の間は「6 月以上」

※「薬局・薬剤師の機能を活用した副作用報告の推進に関する研究」(平成 28 年度厚生労働科学特別研究事業 研究代表者 益山光一)において、医療機関等からの副作用報告を促進するため、医療機関等における医薬関係者による副作用報告業務の参考となるよう、円滑に報告を行う上で想定される留意点を示した。今後、各種の医療機関等での副作用報告の実態や実施可能性をさらに調査・検討し、ガイダンスの内容を充実していくことが予定されている。

調剤報酬点数表（平成30年4月1日施行）

平成30年3月12日 日本薬剤師会作成

《調剤技術料》

項目	要件、算定上限	点数
調剤基本料	処方箋受付1回につき	妥結率50%以下などは所定単位50%減
① 調剤基本料1	②～④以外、医療資源の少ない地域に所在する保険薬局	41点
② 調剤基本料2	処方箋受付回数および集中度が、次のいずれかに該当 イ) 月4,000回超 かつ 集中度70%超 ロ) 月2,000回超 かつ 集中度85%超 ハ) 特定の保険医療機関に係る処方箋が月4,000回超 ※1.保険薬局と同一建物内の保険医療機関は合算 ※2.同一グループの他の保険薬局で集中度が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該処方箋受付回数を含む	25点
③ 調剤基本料3	イ) 同一グループ内の保険薬局の処方箋の合計が月4万回超～40万回以下 かつ 集中度85%超または特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり ロ) 同一グループ内の処方箋の合計が月40万回超 かつ 集中度85%超または特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり	20点 15点
④特別調剤基本料	病院敷地内かつ集中度95%超、届出を行っていない	10点
分割調剤（長期保存の困難性等）	1分割調剤につき（1処方箋の2回目以降）	5点
〃（後発医薬品の試用）	1分割調剤につき（1処方箋の2回目のみ）	5点
地域支援体制加算		35点
後発医薬品調剤体制加算1	後発医薬品の調剤数量が75%以上の場合	18点
後発医薬品調剤体制加算2	後発医薬品の調剤数量が80%以上の場合	22点
後発医薬品調剤体制加算3	後発医薬品の調剤数量が85%以上の場合	26点
後発医薬品減算	後発医薬品の調剤割合が2割以下の場合減算（平成30年10月1日から適用）	▲2点
調剤料		
内服薬 14日分以下の場合（1～7日目の部分）	} 1剤につき、3剤分まで	5点/1日分
〃（8～14日目の部分）		4点/1日分
15～21日分の場合		67点
22～30日分の場合		78点
31日分以上の場合		86点
屯服薬		21点
浸煎薬	1調剤につき、3調剤分まで	190点
湯薬 7日分以下の場合	} 1調剤につき、3調剤分まで	190点
8～28日分の場合（1～7日目の部分）		190点
〃（8～28日目の部分）		10点/1日分
29日分以上の場合		400点
注射薬		26点
外用薬	1調剤につき、3調剤分まで	10点
内服用滴剤	1調剤につき	10点
嚥下困難者用製剤加算	※内服薬のみ	80点
一包化加算 42日分以下の場合	} ※内服薬のみ	32点/7日分
43日分以上の場合		220点
無菌製剤処理加算	※注射薬のみ	
中心静脈栄養法用輸液	6歳以上、成人	67点/1日分
〃	6歳未満の乳幼児	135点/1日分
抗悪性腫瘍剤	6歳以上、成人	77点/1日分
〃	6歳未満の乳幼児	145点/1日分
麻薬	6歳以上、成人	67点/1日分
〃	6歳未満の乳幼児	135点/1日分
麻薬等加算（麻薬、向精神薬、覚せい剤原料、毒薬）	1調剤につき	70点、8点、8点、8点
自家製剤加算（内服薬）	1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、注射剤		20点/7日分
液剤		45点
自家製剤加算（屯服薬）	1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、注射剤		90点
液剤		45点
自家製剤加算（外用薬）	1調剤につき	
錠剤、トローチ剤、軟膏剤、パップ剤、リニキト剤、坐剤		90点
点眼剤、点鼻剤、点耳剤、洗腸剤		75点
液剤		45点
計量混合調剤加算	1調剤につき ※内服薬・屯服薬・外用薬	
液剤		35点
散剤、顆粒剤		45点
軟膏剤		80点
時間外等加算（時間外、休日、深夜）	基礎額 = 調剤基本料 + 調剤料 + 施設基準関係加算	基礎額の100%、140%、200%
夜間・休日等加算	処方箋受付1回につき	40点
在宅患者調剤加算	処方箋受付1回につき	15点

《薬学管理料》

項目	要件、算定上限	点数
薬剤服用歴管理指導料	処方箋受付1回につき	
① 6カ月以内に再来局 かつ 手帳による情報提供あり	※調剤基本料1の場合のみ適用	41点
② ①または③以外		53点
③ 特別養護老人ホーム入所者		41点
麻薬管理指導加算		22点
重複投薬・相互作用等防止加算	残薬以外/残薬の場合	40点/30点
特定薬剤管理指導加算		10点
乳幼児服薬指導加算	6歳未満の乳幼児	12点
かかりつけ薬剤師指導料	処方箋受付1回につき	73点
麻薬管理指導加算		22点
重複投薬・相互作用等防止加算	残薬以外/残薬の場合	40点/30点
特定薬剤管理指導加算		10点
乳幼児服薬指導加算		12点
かかりつけ薬剤師包括管理料	処方箋受付1回につき	280点
服薬情報等提供料1	保険医療機関からの求めの場合、月1回まで	30点
服薬情報等提供料2	患者・家族等からの求めの場合、薬剤師が必要性を認めた場合（月1回まで）	20点
服用薬剤調整支援料	月1回まで	125点
外来服薬支援料	月1回まで	185点
在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回（末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回）まで	
① 単一建物患者1人	} 保険薬剤師1人につき週40回まで	650点
② // 2～9人		320点
③ それ以外の場合		290点
麻薬管理指導加算		100点
乳幼児加算	6歳未満の乳幼児	100点
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	月4回まで	500点
麻薬管理指導加算		100点
乳幼児加算	6歳未満の乳幼児	100点
在宅患者緊急時等共同指導料	月2回まで	700点
麻薬管理指導加算		100点
乳幼児加算	6歳未満の乳幼児	100点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	残薬以外/残薬の場合	40点/30点
退院時共同指導料	入院中1回（末期の悪性腫瘍の患者等の場合は入院中2回）まで	600点

《薬剤料》

項目	要件	点数
使用薬剤料（所定単位につき15円以下の場合）	調剤料の所定単位につき	1点
// （所定単位につき15円を超える場合）	//	10円又はその端数を増すごとに1点

《特定保険医療材料料》

項目	要件	点数
特定保険医療材料	厚生労働大臣が定めるものを除く	材料価格を10円で除して得た点数

介護報酬点数表（平成30年4月1日施行）

項目	要件	点数
居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費	月4回（末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回）まで	
① 単一建物居住者1人	} 薬局の薬剤師が実施する場合	507単位
② // 2～9人		376単位
③ それ以外の場合		344単位
麻薬管理指導加算		100単位
特別地域加算		所定単位の100分の15
中山間地域等における小規模事業所加算		所定単位の100分の10
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位の100分の5