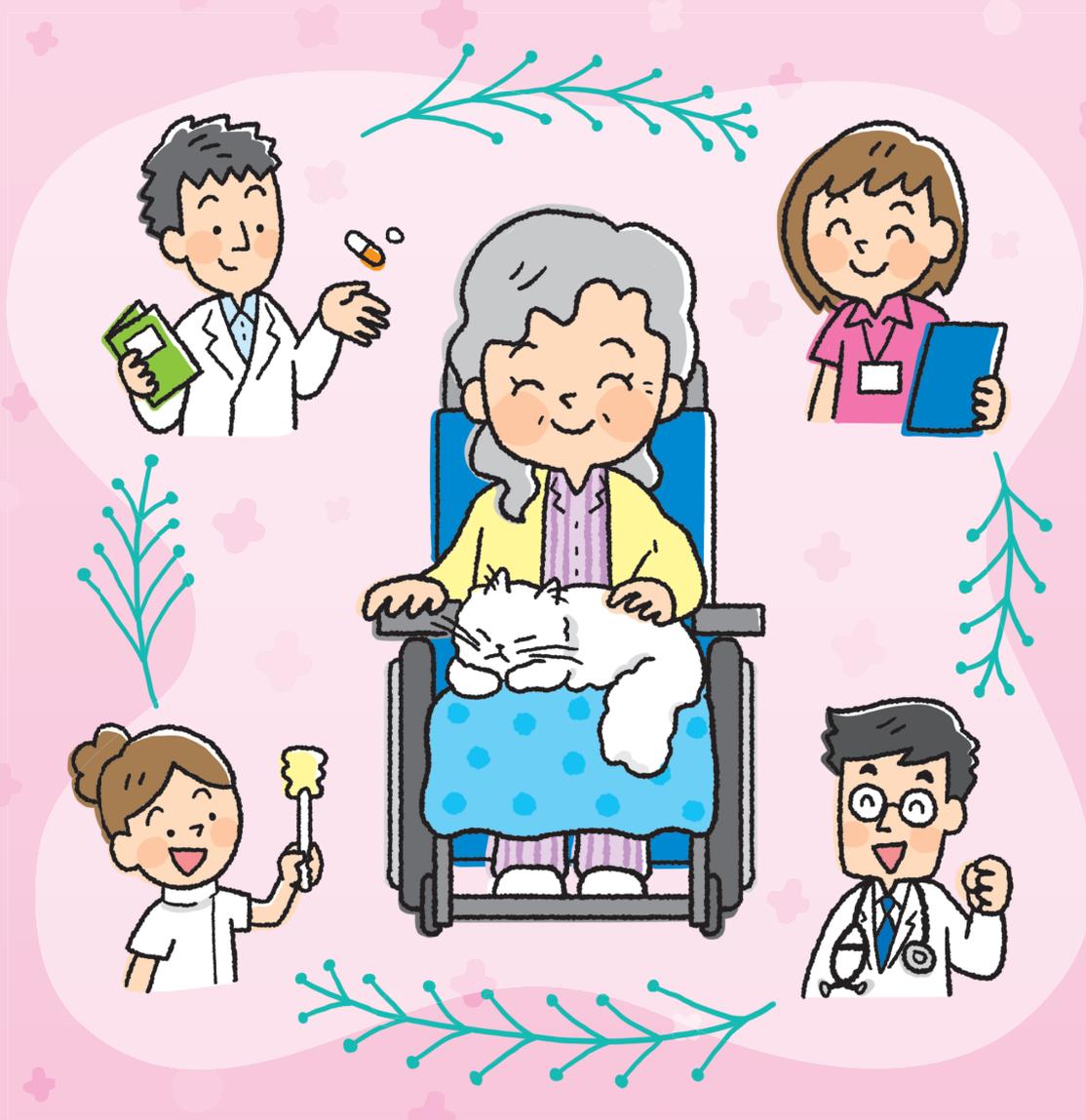


居宅療養管理指導 マニュアル

第5版

神奈川県薬剤師会医療・介護保険委員会



じほう

目次

診療報酬・介護報酬の仕組み	2
1 医療保険と介護保険	2
2 令和6年度調剤報酬および介護報酬改定における留意点	3
1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅療養管理指導費	3
2) 在宅患者に対するオンライン服薬指導の評価	4
3) 緊急に訪問して必要な薬学的管理指導を行ったことの評価	5
4) 夜間訪問加算・深夜訪問加算・休日訪問に関する評価	5
5) 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進	6
3 在宅医療における給付管理の注意点	7
1) 「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」の改正による適正化	7
2) 算定要件の3本柱	7
3) 薬学的管理指導計画書の必要性	9
4) 臨時処方取り扱い	11
5) その他の算定の注意点	15
6) 在宅協力薬局について	19
7) 在宅医療において使用できる注射薬	21
8) 特定保険医療材料・衛生材料の供給	24
[参考] 在宅中心静脈栄養法の保険点数／在宅経腸栄養法の保険点数／ドレーンチューブの使用例	25
4 医科・歯科在宅診療報酬について	28
地域包括ケアシステムを理解する	33
1 地域包括ケアシステムとは	33
2 地域包括支援センター	36
3 地域ケア会議	38
4 在宅医療・介護連携推進事業	40
1) 在宅医療・介護連携推進事業の具体的取り組み	41
2) 都道府県の役割	42
さあ、始めましょう	43
1 前準備	43
1) 薬局に掲示するもの	43
2) 準備書類等	43
2 訪問指示からの流れ	43
3 訪問時	45
4 訪問後	47
5 各種書式・様式	48
①介護保険事業者としての掲示	48

②在宅患者訪問薬剤管理指導の届出に関するの揭示	48
③運営規定	49
④重要事項説明書	50
⑤居宅療養管理指導契約書	52
⑥情報提供書 医師→薬剤師	54
⑦サービス計画書 (1) サービス計画書 / (2) 週間サービス計画表	55
⑧在宅受入可能薬局 情報提供シート	58
⑨薬学的管理指導計画書	59
⑩情報提供書 薬剤師→医師 例1 / 例2 / 記載例	61
⑪領収書	64
⑫身分証明証	64
⑬情報提供書 薬剤師→介護支援専門員 (ケアマネジャー)	65

**在宅患者訪問薬剤管理指導（医療保険）と居宅療養管理指導（介護保険）の違い
—業務の流れに沿って—** 66

薬局間麻薬譲渡（麻薬小売業者間譲渡） 70

1 薬局間麻薬譲渡とは	70
①薬局間麻薬譲渡	71
②薬局を追加する場合	71
③条件	72
④申請	72
⑤書類の受け渡し	72
⑥譲渡・譲受	72
⑦許可業者の義務	73
2 帳簿記載の例, 様式	74

給付管理 80

1 在宅患者訪問薬剤管理指導を請求する場合	80
2 居宅療養管理指導を請求する場合	80
3 サービスコード表	81
4 介護請求, 各種書式	82
5 請求サンプル	85
①介護保険のみ	85
②公費併用 (生保, 特定疾病)	87
③生保単独	89
6 参考例	91
A-1 薬学的管理指導計画書 (往診同行による施設入居者への服薬管理)	91
A-2 居宅療養管理指導における報告書 (往診同行による施設入居者への服薬管理)	93
B-1 薬学的管理指導計画書 (生活習慣の改善が見られない糖尿病患者)	94
B-2 訪問薬剤管理指導報告書 (生活習慣の改善が見られない糖尿病患者)	95
C-1 薬学的管理指導計画書 (老老介護での服薬管理)	97
C-2 居宅療養管理指導報告書 (老老介護での服薬管理)	98
D-1 薬学的管理指導計画書 (抗悪性腫瘍薬による軟便, 手足症候群発現に対応したケース)	100
D-2 居宅療養管理指導報告書 (抗悪性腫瘍薬による軟便, 手足症候群発現に対応したケース)	101
E-1 薬学的管理指導計画書 (抗精神病薬服用中の患者: 過鎮静傾向にあるため減量処方提案し, 軽減したケース)	102

E-2	居宅療養管理指導における報告書（抗精神病薬服用中の患者：過鎮静傾向にあるため減量処方提案し、軽減したケース）	104
F-1	薬学的管理指導計画書（訪問歯科診療と腎機能低下の情報を共有し、処方を適正にしたケース）	105
F-2	居宅療養管理指導における報告書（訪問歯科診療と腎機能低下の情報を共有し、処方を適正にしたケース）	106
G-1	薬学的管理指導計画書（サービス担当者会議で排便の情報を共有したケース）	107
G-2	居宅療養管理指導における報告書（サービス担当者会議で排便の情報を共有したケース）	108
H-1	薬学的管理指導計画書（腫瘍熱に対し施設を緊急訪問したケース）	109
H-2	居宅療養管理指導における報告書（腫瘍熱に対し施設を緊急訪問したケース）	110
I-1	薬学的管理指導計画書（独居高齢者に対し多職種で服薬支援したケース）	111
I-2	居宅療養管理指導における報告書（独居高齢者に対し多職種で服薬支援したケース）	112
J-1	薬学的管理指導計画書（患者家族と相談して減薬に向け支援したケース）	114
J-2	居宅療養管理指導における報告書（患者家族と相談して減薬に向け支援したケース）	115
K-1	薬学的管理指導計画書（訪問看護師から依頼を受けパーキンソン病の患者に介入したケース）	116
K-2	居宅療養管理指導における報告書（訪問看護師から依頼を受けパーキンソン病の患者に介入したケース）	117

資料

調剤報酬点数表（在宅医療）	118
調剤報酬点数表に関する事項（在宅医療）	121
医科診療報酬点数表（在宅医療）	133
歯科診療報酬点数表（在宅医療）	158

面で、本人・家族の想いを踏まえ、どのように薬物治療が提供されるべきか、専門家としての視点を取り入れていくようにしましょう。

4) 臨時処方への取り扱い

在宅の現場では、療養中の患者の容態が変化することがあります。その際医師は臨時に患者の診察を行い、必要に応じ処方箋を発行し訪問指示を出します。在宅患者訪問薬剤管理指導料（以下、「在訪」）や居宅療養管理指導費（以下、「居宅」）は「計画書」に基づき実施される継続中の薬剤を対象とする管理指導に関する点数です。では臨時に出た処方薬に対し訪問管理指導を実施した際は、どのような点数を算定すればよいのでしょうか？ 考えうる薬学管理料の算定は以下の5つです。

- ①服薬管理指導料または、かかりつけ薬剤師指導料の算定
- ②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1（計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの場合）の算定（以下、「緊訪 A」）
- ③在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2（1以外の場合）の算定（以下、「緊訪 B」）
- ④「在訪」または、「居宅」の算定
- ⑤薬学管理料はすべて算定しない

次に、①～⑤を選択する際に見られる誤算定例を紹介します。

【誤算定例】

- ・かぜ薬の処方が臨時に出た際、医師から急いで届けるよう指示があったので、訪問指導を行い「緊訪 A」を算定した。
- ・便秘症の診断があり、排便コントロールに対する緩下薬の指導計画を立てていた患者に、臨時で初めて浣腸が出たので訪問を実施し、服薬管理指導料を算定した。

では、なぜこれらの算定が誤りなのでしょう？ ①～⑤の算定を選ぶうえで大切なポイントを説明します。

算定ポイントその1 臨時処方の薬が「計画書」と関連性があるかどうか？

「計画書」との関連性とはどういうことでしょうか。「計画書」は医師の情報提供をもとに策定されますから、当然療養中の疾病が記載されます。また、すでに服用している薬剤の中で、長期継続中の薬はすべて薬学的管理指導計画の対象薬です。

したがって、既存の薬の増量処方（減量・中止指示も含む）や変更処方、既存の疾病の治療のため新たに追加となった処方などは「計画書」との関連性があります。それに対し、新たな疾病、新たな症状に対し追加になった処方、計画書との関連性はないということになります。

注意点として、継続服用中の薬で副作用が発現し、それに対して新しい薬の追加処方があった場合、「副作用は継続中の薬に付随するものだから関連性ありだろう」、「副作用に対する指導を計画書に立案しているのだから関連性ありだろう」という判断は誤りです。なぜなら、最初からその副作用が発現することを前提に、「計画書」を立案することはないためです。副作用予防のための処方というのは確かにありますが、その場合は主たる薬剤と同時に処方されているはずですので、後

になって副作用が発現し、それに対する薬剤が臨時で処方された場合は、今までの「計画書」に関連のない「新たな症状の発現」に対する処方と解釈できます。副作用に対する処方が「計画書」と関連するケースは、抗がん薬や麻薬など薬物治療上副作用の発現が避けられず、それらの副作用対策をひっくるめて疾病の治療と判断できる場合のみです。

また、「計画書」には患者の ADL や体質などの特記事項も記載されるケースがあると思いますが、それらを根拠として「計画書」との関連性があると解釈することもできません。例えば、フレイル、サルコペニアの状態にある患者に嚥下機能改善や誤嚥対策のための処方が初めて出た場合、それらは診断名としての疾病とは異なりますので、計画にない新規の処方薬と解釈すべきでしょう。体質に「便秘がち」とあった場合に処方となった緩下薬も同様です。

新たな疾病、新たな症状に対し追加になった処方が、「計画書」との関連性ありと解釈できる場合もあります。それは「計画書」の見直しを行った場合です。「計画書」の策定要件として、「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およ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」とあります。

したがって、臨時処方が出て医師から訪問指示があった場合、提供を受けた情報から計画見直しの必要が生じ、訪問前に処方薬に対する計画を立案すれば、その臨時処方を「計画書」と関連付けることが可能です。この場合の誤った判断は、「臨時処方の薬がどのような薬であっても直前の計画書に盛り込めば関連性ありだろう」というものです。「計画書」はあくまで中長期で服用を継続するであろう薬剤に対して立案するものですから、継続服用の可能性がない、もしくは低い薬に関しては、計画立案の対象薬剤となり得ません。処方薬と「計画書」の関係の前提を忘れないよう注意しましょう。

算定ポイントその2 緊急性の有無

臨時処方が出てから、訪問までのタイムラグはどの程度でしょうか。特別な理由がなければ当日中または翌日には対応し、数日間空くということはないと思います。その中でも緊急に訪問となった場合は、当日中の訪問対応が前提になります。

よくある誤解は「患者に言われたから」、「医師が急ぐように言っているから」緊急性があったと判断してしまうことです。大切なのは、「どう患者が訴えているのか?」、「なぜ医師が急ぐように言っているのか」です。

臨時処方が発行され、医師から緊急訪問の要請があった場合、なぜその薬剤が緊急指示となっているのかを薬学的にチェックしてください。例えば「インフルエンザで抗ウイルス薬が処方された」場合は、医師の指示を仰ぐまでもなく薬剤から緊急性ありと判断できます。また、「浣腸の臨時処方に伴い緊急の訪問指示があった」場合、医師からの情報提供で「次回の訪看の訪問日に排便するため」とあれば緊急性はなしですが、既往歴に腸管の疾患等があり、診察を行った医師から「イレウスの危険があるため本日訪看が来て排便する」という説明があれば緊急性ありと判断できます。

処方薬が医師の緊急訪問の指示と食い違う場合もあります。「ARB 薬の臨時処方に伴い緊急の訪問指示があった」際に、医師より血圧 (BP) 180 を超えたので降圧薬を処方したという説明を受けたとします。緊急の降圧を目的とするなら ARB 薬でなく Ca 拮抗薬の方が適切でしょう。この

D-1 薬学的管理指導計画書（抗悪性腫瘍薬による軟便，手足症候群発現に対応したケース）

薬学的管理指導計画書

計画作成日：令和5年11月20日

保険薬局名：県薬薬局

保険薬剤師氏名：県薬一郎 印

患者名	氏名	神奈川はじめ			医療機関名	ほうもんクリニック
	性別	男	生年 月日	昭和19年4月13日	介護度	要介護2
介護事業所名等	スマイル〇〇〇2号館					
訪問予定日	令和5年12月13日，12月27日（2週間ごと）					
処方薬に関する情報	レゴラフェニブ錠 40mg 4錠 トルバブタン OD7.5mg 1錠 スピロラクトン錠 25mg 2錠 ナルデメジントシル酸塩錠 1錠 ランソプラゾール OD15mg 1錠 / 1×朝食後 オキシコドン塩酸塩水和物徐放錠 5mg 2錠 ルビプロストンカプセル 24μg 2C / 2×朝夕食後 スポレキサント錠 15mg 1錠 / 1×就寝前 d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠 2mg 1T/頓 かゆい時 10回分 混合) ベタメタゾン吉草酸エステルクリーム 0.12% 10g ヘパリン類似物質油性クリーム 0.3% 10g 1日3回塗布 両手足					
主病名	直腸がん，肺転移，腎細胞がん，心不全，逆流性食道炎，便秘症，不眠症					
副作用・相互作用・アレルギーなど	レゴラフェニブ錠服用開始後に軟便傾向，手足のかゆみ・紅斑等の手足症候群発生にてベタメタゾン吉草酸エステルクリーム，ヘパリン類似物質油性クリームを追加					
併用薬に関する情報，他科受診・OTC服用など	他科受診（－）					
心身の状態	1) 精神状態 不眠（薬剤の服用で問題はない） 2) 言語障害 なし 3) 運動障害 なし 4) 生活状態 食事○，排便×，入浴×（介助必要） 5) 生活圏 寝たきり 6) 褥瘡 なし 7) 感染症 なし					
使用中の医療器具・介護サービスなど						
家族状況 注意事項など	奥様と2人暮らし。奥様の服薬管理にて服用問題ない。一包化調剤					
実施すべき指導内容	①レゴラフェニブ錠服用によるSE経過確認（軟便傾向，手足症候群） ②食事内容の確認（高脂肪食によるレゴラフェニブ錠の吸収低下に注意） ③疼痛コントロール（現在良好） ④服薬管理（一包化調剤）					

F-2 居宅療養管理指導における報告書（訪問歯科診療と腎機能低下の情報を共有し、処方適正にしたケース）

居宅療養管理指導における報告書

クリニック名：ほうもんクリニック
担当医：訪問太郎 先生

令和5年6月25日
保険薬局名：はだのし薬局
保険薬剤師氏名：秦野一郎 印

患者氏名：県薬昭子
性別：女
住所：神奈川県〇〇市〇〇345-6

訪問日：2週間ごと 令和5年6月23日
訪問時間：14:00～15:00

処方薬剤の服薬状況に関する情報

- ①服用方法、薬剤管理状況、副作用などの有害事象は問題ありません
- ②腎機能低下しており、訪問歯科診療の処方について疑義照会を行いました

併用薬剤の有無（なし）

訴えに関する情報

便秘の訴えが見られるため、マグミット（330）1T分1を以前の投与量の3T分3へ増量し、アローゼン1g/Pも頓服で10回分処方追加をご検討お願いします。腎機能低下もあり連用はせず、排便に合わせた調節服用を指導していきます。

症状などに関する家族、介護者等からの情報

排便コントロール良好で便秘薬の中止、減量となっていました。最近便秘の訴えが見られます。マグミット（330）を以前の用量に増量し、アローゼン1gも頓服で10回分処方追加してほしい。

特記事項（薬剤師の対応、意見など）

訪問歯科診療を受けておられ、歯科医から直接フロモックス（100）3T分3、ロキソニン（60）3T分3が処方され、6月27日の抜歯後から服用予定ですが、eGFR18と腎機能は低下しておりますので施設長を通して減量処方を提案しました。

結果：フロモックス（100）➡ミノマイシン（50）2T分1
ロキソニン（60）➡手持ちのカロナール（200）を頓服
となりました。

歯科医、近隣薬局には腎機能低下について伝えていなかったとのことでしたので情報提供を行いました。