

事 務 連 絡

平成 28 年 3 月 30 日

都道府県薬剤師会事務局 御中

日 本 薬 剤 師 会

医 薬 ・ 保 険 課

かかりつけ薬剤師指導料(かかりつけ薬剤師包括管理料)に 関する同意書等の様式例について(ご参考)

平素より、本会会務に格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

平成 28 年度診療報酬（調剤報酬）改定に伴う関係通知が発出されたことにつきまして、平成 28 年 3 月 7 日付け日薬業発第 342 号にてお知らせしたところです。

新設された「かかりつけ薬剤師指導料」「かかりつけ薬剤師包括管理料」の算定にあたっては、患者の署名付きの同意書を作成すること等が求められています。

今般、参考までに別添のとおり様式例等を作成しましたので、ご活用いただければ幸いです（各薬局において適宜アレンジするなどしてご利用ください）。

なお、同資料につきましては当会ホームページにも後日掲載予定であることを申し添えます。

<同意書>



・様式例①：1 枚のみ



・様式例②：2 枚 1 組

<勤務表>



・お薬手帳への貼付シールもしくはスタンプ（例）

かかりつけ薬剤師指導料（かかりつけ薬剤師包括管理料）について <お願い>

〇〇薬局 開設者 〇〇 〇〇

当薬局では、安心して薬を使用していただけるよう、患者さんの「かかりつけ薬剤師」として、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握する取り組みを行っています。次の内容を薬剤師が説明いたしますので、同意していただける場合はご署名ください。

	当薬局が実施すること	患者さんへのお願い
1	安心して薬を使用していただけるよう、患者さんが使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 医療機関や当薬局以外でもらった薬がありましたら、その内容を薬剤師にお申し出ください。 ➢ 使用している市販薬や健康食品などもあれば、併せてお知らせください。
2	当薬局で調剤した薬の説明や指導は、薬剤師の_____が担当します（かかりつけ薬剤師）。	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 医療機関を受診したり、ほかの薬局を利用される際には、「かかりつけ薬剤師」を決めていることをお伝えください。 ➢ 当薬局の連絡先や薬剤師名が記載されているお薬手帳を提示していただくと便利です。 ➢ やむを得ない理由により「かかりつけ薬剤師」が対応できない場合は、ほかの薬剤師が責任をもって担当いたします。
3	お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。	<ul style="list-style-type: none"> ➢ お薬手帳を忘れずにご持参ください。 ➢ 医療機関を受診したり、ほかの薬局を利用される際にも、その手帳を提出してください。
4	処方医との連携を図ります。	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 薬の使用中に気になることがありましたら、必ずお申し出ください。医師へ連絡するなど、適切に対応します。
5	開局時間内／時間外を問わず、お問い合わせに応じます。	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 緊急時などのお問い合わせにも 24 時間対応します。 ➢ お薬手帳に記載してある電話番号にご連絡ください。
6	調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 薬の使用状況の確認が必要な場合や、重要な情報を入手した際には、当薬局からご連絡します。
7	残薬の整理をお手伝いします。	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 使用せずに残った薬や使用方法がわからなくて困っている薬がある場合は、お気軽に当薬局へお持ちください。
8	<p>次回から、かかりつけ薬剤師指導料（または、かかりつけ薬剤師包括管理料^注）を算定します。</p> <p>注）かかりつけ薬剤師包括管理料は、医療機関で地域包括診療料／加算等が算定されている方が対象です。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ かかりつけ薬剤師指導料（70 点）に要する費用は、3 割負担の場合 210 円です（※現在のご負担（薬剤服用歴管理指導料）との実際の差額は、60 円または 100 円程度の増）。 ➢ かかりつけ薬剤師包括管理料（270 点）は 3 割負担の場合 810 円ですが、調剤基本料と調剤料のご負担は生じません。 ➢ かかりつけ薬剤師が対応できない場合は、薬剤服用歴管理指導料（38 点または 50 点）を算定します。

薬剤師による説明を理解し、かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意します。

平成 年 月 日

お名前（ご署名）：_____

かかりつけ薬剤師指導料（かかりつけ薬剤師包括管理料）について <お願い>

〇〇薬局 開設者 〇〇 〇〇

当薬局では、安心して薬を使用していただけるよう、患者さんの「かかりつけ薬剤師」として、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握する取り組みを行っています。次の内容を薬剤師が説明いたしますので、同意していただける場合はご署名ください。

《当薬局が実施すること》

1. 安心して薬を使用していただけるよう、患者さんが使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
2. 当薬局で調剤した薬の説明や指導は、薬剤師の_____が担当します（かかりつけ薬剤師）。
3. お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
4. 処方医との連携を図ります。
5. 開局時間内／時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
6. 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
7. 残薬の整理をお手伝いします。
8. 次回から、かかりつけ薬剤師指導料（または、かかりつけ薬剤師包括管理料^注）を算定します。

注) かかりつけ薬剤師包括管理料は、医療機関で地域包括診療料／加算等が算定されている方が対象です。

※各項目の詳細は、別紙（患者さんへのお願い）をご覧ください。

薬剤師による説明を理解し、かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意します。

平成 年 月 日

お名前（ご署名）：_____

患者さんにお伝えする「かかりつけ薬剤師」の勤務状況

お薬手帳への貼付シールもしくはスタンプ（例）

かかりつけ薬剤師に関する情報

〇〇薬局（担当薬剤師 〇〇 〇〇）

東京都新宿区四谷 3-3-1

電話 03-****-****（時間外は転送対応）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	○	○	×	○	○	○	休
午後	○	○	×	○	○	×	休